



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

Federal



Tribunal de Contas do Distrito

nin Núcleo de Estudos e Pesquisas
em Inovação e Estratégia

ANDREIA LAIZ NEVES DA SILVA LEAL

**EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE DE AUDITORIA
OPERACIONAL NA POLÍTICA DE NEFROLOGIA DO
DISTRITO FEDERAL**

Brasília - DF

2017

ANDREIA LAIZ NEVES DA SILVA LEAL

**EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE DE AUDITORIA
OPERACIONAL NA POLÍTICA DE NEFROLOGIA DO
DISTRITO FEDERAL**

Projeto de Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Departamento de
Administração como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão
Pública.

Professor Orientador: Prof. Paulo Roberto Simão Bijos (MBA Mercado de
Capitais USP/FIPECAFI)

Brasília – DF

2017

ANDREIA LAIZ NEVES DA SILVA LEAL

**EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE DE AUDITORIA
OPERACIONAL NA POLÍTICA DE NEFROLOGIA DO
DISTRITO FEDERAL**

Projeto de Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Departamento de
Administração como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão
Pública.

Professor Orientador: Prof. Paulo Roberto Simão Bijos (MBA Mercado de
Capitais USP/FIPECAFI)

BANCA EXAMINADORA:

Prof.

.

Prof..

Brasília, ____ de _____ de 2016.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2 ESTADO DA ARTE E LACUNAS DE PESQUISA..... | 12 |
| 2.1 Introdução do Estado da arte..... | 12 |
| 2.1.1 O estado da arte: eficiência, eficácia e efetividade em nefrologia na saúde pública..... | 13 |
| 2.1.2 Gestão de riscos ocupacionais..... | 14 |
| 2.1.3 Gestão preventiva..... | 14 |
| 2.1.4 Gestão da comunicação e integração..... | 15 |
| 2.1.5 Gestão da segurança do paciente..... | 16 |
| 2.1.6 Gestão do transplante renal..... | 16 |
| 2.1.7 Gestão do custo-doença..... | 17 |
| 2.1.8 Gestão da capacitação..... | 17 |
| 2.1.9 Gestão de indicadores..... | 18 |
| 2.2 Discussão dos resultados e formulação de lacunas de..... | |
| pesquisa | 18 |
| 2.3 Breve panorama da evolução do sistema de saúde no Brasil..... | 19 |
| 2.3.1 Evolução histórica..... | 19 |
| 2.3.2 Participação do Estado na Saúde..... | 24 |
| 2.3.3 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal..... | 27 |
| 2.3.4 As auditorias operacionais dos tribunais de contas e a eficiência eficácia e efetividade..... | 42 |
| 2.3.5 A eficiência, eficácia e efetividade como indicadores em gestão pública..... | 47 |
| 3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA..... | 57 |
| 3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa..... | 57 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 67 |

| | |
|------------------------------------|----|
| 5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES..... | 74 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 77 |

1. INTRODUÇÃO

A avaliação de políticas públicas é realizada desde o início do século XX nos países anglo-saxões, como os Estados Unidos, pioneiros na difusão de seus resultados (SILVA JÚNIOR; LEITE, 2013). Um dos exemplos pesquisados por (Azevedo, 2005) foi o Programa Guerra à Pobreza (*War on Poverty*) lançado pelo Presidente Lyndon Johnson, focalizando em especial os programas de desenvolvimento comunitário.

Na década de 90 ocorreu o fortalecimento da “*função avaliação*” na gestão governamental. Através da democratização da América Latina houve mais demandas por eficiência, eficácia e transparência governamental.

A Nova Gestão Pública (*New Public Management*) inseriu na gestão pública técnicas de gestão usadas pela iniciativa privada, essenciais para a sobrevivência do negócio, consolidando-se com os avanços tecnológicos e com seu uso no campo das políticas públicas. Trouxe também novas formas de controle dos resultados, dos custos e competição além de orientação voltada para o cidadão-usuário.

A eficiência, eficácia e efetividade (“3 E’s”) podem ser consideradas pilares da avaliação de desempenho na gestão pública.

A eficiência constitui-se um dos princípios da administração pública brasileira, encontrando-se inserta no artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, através da Emenda Constitucional 19 de 1998.

De acordo com o [léxico](#), dicionário de português online, a etimologia da palavra eficiência deriva do latim *efficientia* e compreende a capacidade ou competência para fazer ou concretizar alguma coisa de modo adequado ou conveniente, usando o mínimo possível de empenho, tempo e outros meios ou recursos; produtividade ou rendimento; habilidade para produzir ou render o máximo, com o menor número possível de erros e meios.

O Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas do Distrito Federal - MANOP, cita e conceitua a eficiência, a eficácia e a efetividade como algumas das dimensões de desempenho da auditoria operacional.

Conforme o MANOP:

5 A eficiência é definida como a relação entre os produtos (bens e serviços)²¹ gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período de tempo, mantidos os padrões de qualidade. Essa dimensão refere-se ao esforço do processo de transformação de insumos em produtos. Pode ser examinada sob duas perspectivas: minimização do custo total ou dos meios necessários para obter a mesma quantidade e qualidade de produto; ou otimização da combinação de insumos para maximizar o produto quando o gasto total está previamente fixado (COHEN; FRANCO, 1993 *apud* BRASIL, 2011). Nesse caso, a análise do tempo necessário para execução das tarefas é uma variável a ser considerada²². A eficiência pode ser medida calculando-se e comparando-se o custo unitário da produção de um bem ou serviço. Portanto, podemos considerar que o conceito de eficiência está relacionado ao de economicidade. (BRASIL, 2011, p.12)

Sobre a eficácia, o MANOP assim dispõe:

6 A eficácia é definida como o grau de alcance das metas programadas (bens e serviços) em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados (COHEN; FRANCO, 1993 *apud* BRASIL, 2011). O conceito de eficácia diz respeito à capacidade da gestão de cumprir objetivos imediatos, traduzidos em metas de produção ou de atendimento, ou seja, a capacidade de prover bens ou serviços de acordo com o estabelecido no planejamento das ações. (BRASIL, 2011, p. 12)

Ainda sobre a eficácia o MANOP observa que:

7 É importante observar que a análise de eficácia deve considerar os critérios adotados para fixação da meta a ser alcançada. Uma meta subestimada pode levar a conclusões equivocadas a respeito da eficácia do programa ou da atividade sob exame. Além disso, fatores externos como restrições orçamentárias podem comprometer o alcance das metas planejadas e devem ser levados em conta durante a análise da eficácia. (BRASIL, 2011, p. 12)

Em relação à efetividade, o MANOP diz o seguinte:

²¹ Os produtos (bens e serviços ofertados) podem ser entendidos como resultados imediatos.

²² “a principal questão é saber se os recursos foram aplicados para obter uso ótimo ou satisfatório ou se resultados similares, em termos de qualidade e tempo, poderiam ter sido alcançados com menos recursos” (ISSAI 3000/1.5, 2004).

8 A efetividade diz respeito ao alcance dos resultados pretendidos, a médio e longo prazo. Refere-se à relação entre os resultados de uma intervenção ou programa, em termos de efeitos sobre a população-alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados), traduzidos pelos objetivos finalísticos da intervenção. Trata-se de verificar a ocorrência de mudanças na população-alvo que se poderia razoavelmente atribuir às ações do programa avaliado (COHEN; FRANCO, 1993 apud BRASIL, 2011, p. 12).

Em seguida, conclui:

9 Portanto, ao examinar a efetividade de uma intervenção governamental, pretende-se ir além do cumprimento de objetivos imediatos ou específicos, em geral consubstanciados em metas de produção ou de atendimento (exame da eficácia da gestão). Trata-se de verificar se os resultados observados foram realmente causados pelas ações desenvolvidas e não por outros fatores (ISSAI 3000/1.5, 2004 apud BRASIL 2011, p. 12).

A avaliação da efetividade pressupõe que bens e/ou serviços foram ofertados de acordo com o previsto. O exame da efetividade ou avaliação de impacto requer tratamento metodológico específico que busca estabelecer a relação de causalidade entre as variáveis do programa e os efeitos observados, comparando-os com uma estimativa do que aconteceria caso o programa não existisse (ISSAI 3000/1.7, 2004 apud BRASIL, 2011, p.12).

Megginson, Mosley e Pietri Jr (1996, p.11. apud Castro, 2006, p. 4) lecionam que:

eficiência é a capacidade de 'fazer as coisas direito', é um conceito matemático: é a relação entre insumo e produto (*input e output*). Um administrador eficiente é o que consegue produtos mais elevados (resultados, produtividade, desempenho) em relação aos insumos (mão-de-obra, material, dinheiro, máquinas e tempo) necessários à sua consecução. Em outras palavras, um administrador é considerado eficiente quando minimiza o custo dos recursos usados para atingir determinado fim. Da mesma forma, se o administrador consegue maximizar os resultados com determinada quantidade de insumos, será considerado eficiente (MEGGINSON, MOSLEY, PIETRI JR. 1998, p. 11 apud CASTRO, 2006, p.4).

“Administradores eficazes selecionam as coisas ‘certas’ para fazer e os métodos ‘certos’ para alcançá-las” (MEGGINSON, MOSLEY, PIETRI JR, 1998, p. 11 apud CASTRO, 2006, p. 4).

Stoner e Edward Freeman (1995, apud Castro, 2006) asseveram que:

Peter Drucker propôs o julgamento do desempenho de um administrador através dos critérios gêmeos de eficácia - capacidade de fazer as coisas 'certas' - e eficiência - a capacidade de fazer as coisas 'certo'. Desses dois critérios, pelo que sugere Drucker, a eficácia é o mais importante, já que nenhum nível de eficiência, por maior que seja, irá compensar a escolha dos objetivos errados (STONER e FREEMAN, 1995, p. 136,).

O IX Congresso da Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) realizado em outubro de 1977, em Lima (Peru) adotou a Declaração de Lima, que estabeleceu Diretrizes para Preceitos de Auditoria contendo uma lista abrangente de todos os objetivos e questões relacionadas à auditoria governamental cujo principal objetivo foi reforçar a necessidade de uma auditoria governamental independente.

Segundo este documento, o termo *effectiveness* em inglês abrange dois conceitos diferentes na língua portuguesa: efetividade (conceito relacionado aos resultados) e eficácia (conceito relacionado ao grau de alcance das metas programadas).

A Declaração de Lima sobre diretrizes para preceitos de auditoria, foi adotada na IX INCOSAI – CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENTIDADES FISCALIZADORAS SUPERIORES, realizada em Lima, Peru, em 1977, e traz em seu preâmbulo considerações a respeito do uso regular e eficiente de recursos públicos constituindo um dos pré-requisitos essenciais para a gestão adequada das finanças públicas e a efetividade das decisões das autoridades responsáveis, além dos objetivos específicos da auditoria, quais sejam garantir o uso adequado e efetivo de recursos públicos assim como - o desenvolvimento de uma boa gestão financeira; a execução adequada de atividades administrativas e a comunicação de informações para autoridades públicas e o público em geral por meio da publicação de relatórios objetivos.

De acordo com a Declaração de Lima (1977) a auditoria tem como propósito:

o conceito e estabelecimento da auditoria são inerentes à administração financeira pública, já que a gestão de recursos públicos envolve um voto de confiança. A auditoria não é um fim em si, e sim um elemento indispensável de um sistema regulatório cujo objetivo é revelar desvios das normas e violações dos princípios da legalidade, eficiência, efetividade e economicidade na gestão

financeira com a tempestividade necessária para que medidas corretivas possam ter tomadas em casos individuais, para fazer com que os responsáveis por esses desvios assumam essa responsabilidade, para obter o devido ressarcimento ou para tomar medidas para prevenir - ou pelo menos dificultar - a ocorrência dessas violações. (INTOSAI, 1977, p. 3)

Ainda de acordo com este documento a auditoria operacional tem por finalidade verificar o desempenho, a economia, a eficiência e a efetividade da administração pública abrangendo não apenas operações financeiras específicas, mas também todas as atividades governamentais, inclusive seus sistemas organizacionais e administrativos.

Tendo em vista os anseios da sociedade por melhoria na qualidade dos serviços públicos, especialmente na saúde e consoante o cenário atual com inúmeras demandas e recursos escassos, as auditorias operacionais representam importante papel nesse contexto.

Busca-se com a pesquisa identificar aspectos de eficiência, eficácia e efetividade na realização da Auditoria Operacional pelo Tribunal de Contas com o propósito de evidenciar a importância da Corte de Contas na melhoria dos serviços públicos para a população.

Para isso, pretende-se realizar um estudo de caso através de análise documental das decisões emitidas pelo Plenário do Tribunal de Contas do Distrito Federal, oriundas da Auditoria Operacional do TCDF, à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Dessa análise, objetiva-se identificar aspectos de eficiência, eficácia e efetividade nas recomendações e determinações do Plenário do Tribunal de Contas do Distrito Federal à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Com base nesses dados qualitativos, pretende-se utilizar um indicador validado para aferir a contribuição da Corte de que proporcionou melhorias de eficiência, eficácia e efetividade da política pública avaliada.

Através da análise documental, o presente trabalho objetiva responder aos seguintes questionamentos:

- Qual a contribuição da Auditoria Operacional na política/serviço público de nefrologia do Distrito Federal?

- Quais os aspectos de eficiência, eficácia e efetividade a Auditoria Operacional alcançou buscou avaliar para a política/serviço de nefrologia do Distrito Federal?

A fim de responder a esses questionamentos houve pretensão de buscar os conceitos mais atualizados dos construtos eficiência, eficácia e efetividade e na bibliografia científica e inseri-los, já no primeiro capítulo, nesta introdução.

O segundo capítulo trata do referencial teórico sobre o estado da arte dos construtos eficiência, eficácia e efetividade em nefrologia na saúde pública, além de um breve histórico do panorama da saúde pública no Brasil, participação do Estado na saúde e da política nacional de atenção ao portador de doença renal. Trata ainda, o segundo capítulo, no referencial teórico, da eficiência, eficácia e efetividade nas auditorias operacionais dos tribunais de contas também com um breve histórico e panorama dos referidos construtos.

Ainda no segundo capítulo, são tratados de forma teórica os indicadores de eficiência, eficácia e efetividade em gestão pública.

O terceiro capítulo nos métodos e técnicas de pesquisa, o quarto capítulo dispõe sobre os resultados e discussão e o quarto e último capítulo aborda as conclusões e recomendações da presente pesquisa.

O estudo visa contribuir com o campo teórico, sem, no entanto, esgotar o assunto, a fim de buscar a melhoria contínua na prestação de serviços públicos.

2. ESTADO DA ARTE E LACUNAS DE PESQUISA

Nesta etapa do presente trabalho de pesquisa visou-se investigar os construtos eficiência, eficácia e efetividade em saúde pública, especificamente em nefrologia a fim de selecionar 15 artigos que serviriam de base para identificar lacunas de pesquisa no tema. Efetuou-se exame de artigos publicados em periódicos científicos na base de dados Scielo e Spell. Utilizou-se a internet, no Google Scholar, onde foram buscadas as palavras-chave: “eficiência”, “eficácia”, “efetividade”, “saúde pública” e “nefrologia”. Os critérios para seleção dos artigos foram: a) investigar aspectos de eficiência, eficácia e efetividade; b) ser publicado no período compreendido entre 2006 e 2016. Foram obtidos 21 artigos, dentre os quais 14 foram selecionados. Em seguida utilizou-se as palavras-chave: “eficiência”, “eficácia”, “efetividade” e “saúde pública” cujo critério de seleção foi apresentar um indicador de qualidade em saúde pública. Dentre 229 artigos, 1 foi selecionado. Foram obtidos 15 artigos agrupados em 8 categorias: Riscos ocupacionais, com um; Prevenção, com quatro; Comunicação profissional e paciente, com três; segurança do paciente, com um; transplante renal, com dois; custo da doença, com dois; competências gerenciais, com um; indicador, com um.

2.1 Introdução

A Nova Gestão Pública (*New Public Management*) buscou a transposição de técnicas de gestão utilizadas pela iniciativa privada para o setor público. Com a implantação do regime democrático e a Constituição de 1988 que garante direito à saúde a todos os brasileiros, os anseios populares por serviços públicos de qualidade e a grande demanda com recursos escassos, o alcance da eficiência, eficácia e efetividade passam a ser quesitos indispensáveis à avaliação de políticas públicas na área de saúde.

Além disso, a diversidade e a multicausalidade de problemas, o tamanho do público-alvo, os problemas complexos, interdependentes são desafios a serem superados para o alcance da excelência em prestação de serviços públicos em saúde.

Nessa linha, o presente estudo visa discutir os construtos eficiência, eficácia e efetividade e saúde pública, com foco em nefrologia e propor uma agenda de pesquisa. Com base em buscas por artigos científicos nas bases de dados Scielo e Spell busca-se a produção recente sobre os construtos eficiência, eficácia e efetividade na política pública de nefrologia.

Operacionalmente, a busca ocorreu na internet, no Google Scholar, com o objetivo de selecionar quinze artigos para a confecção do estado da arte, onde foram buscadas as palavras-chave: “eficiência”, “eficácia”, “efetividade”, “saúde pública” e “nefrologia”. Os critérios para seleção dos artigos foram: a) investigar aspectos de eficiência, eficácia e efetividade; b) ser publicado no período compreendido entre 2006 e 2016. Foram obtidos 21 artigos, dentre os quais 14 foram selecionados. Em seguida utilizou-se as palavras-chave: “eficiência”, “eficácia”, “efetividade” e “saúde pública” cujo critério de seleção foi a) apresentar um indicador de qualidade em saúde pública b) ter sido publicado no período entre 2006 e 2016. Dentre 229 artigos, 1 foi selecionado.

2.2 O estado da arte: eficiência, eficácia e efetividade em nefrologia na saúde pública

O presente estudo selecionou 15 artigos a partir de periódicos científicos na internet, no Google Scholar, onde foram buscadas as palavras-chave: “eficiência”, “eficácia”, “efetividade”, “saúde pública” e “nefrologia” que foram distribuídos conforme categoria temática. Houve a construção de oito categorias conforme (Quadro 1):

Quadro 1 - Artigos sobre Eficiência, eficácia e efetividade em nefrologia publicados entre 2006 e 2016 distribuídos conforme categoria temática.

| Categoria | Número de artigos | Porcentagem de artigos |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Gestão de riscos ocupacionais | 1 | 6,7% |
| Gestão Preventiva | 4 | 26,8% |
| Gestão da comunicação e integração | 3 | 20,1% |
| Gestão da Segurança do paciente | 1 | 6,7% |
| Transplante renal | 2 | 13,4% |
| Custo doença | 2 | 13,4% |
| Capacitação | 1 | 6,7% |
| Indicador | 1 | 6,7% |
| Total | 15 | - |

Fonte: Adaptado de Moreira e Guimarães

2.1.2 Gestão de riscos ocupacionais

Esta categoria inclui estudo que analisa os riscos ocupacionais em uma clínica renal.

Oliveira et al (2013) procederam análise observacional dos mapas de riscos e de coleta de dados e implementaram melhorias que demonstraram que mudanças são necessárias para a promoção de melhor qualidade de vida aos profissionais.

2.1.3 Gestão preventiva

Esta categoria engloba estudos que investigam aspectos preventivos da doença renal quais sejam a hipertensão arterial e o cuidado com os idosos.

Barreto et al (2015) verificaram a prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e sua associação com fatores biosócio-econômicos e assistenciais, os achados reforçam que hipertensos com características socioeconômicas desfavoráveis e com dificuldade de acesso ao serviço necessitam de intervenções diferenciadas a fim de estimulá-los ao tratamento medicamentoso.

Pierin et al (2011) realizaram estudo para caracterizar o controle de hipertensos atendidos na atenção primária através de estudo observacional, analítico e transversal. Constataram que menos da metade dos hipertensos estava controlada e o controle se associou a variáveis biológicas, tratamento, atitudes e conhecimento sobre a hipertensão e seu tratamento.

Gontijo et al (2012) buscaram identificar efeitos prejudiciais do uso de medicamentos por idosos através de coleta de dados por amostragem. Constataram ampla utilização, associação medicamentosa, não uso de medicamentos, redundâncias farmacêuticas e usos inadequados.

Lyra Júnior et al (2006) procederam uma revisão bibliográfica com vistas a destacar a abordagem multiprofissional (médico, enfermeiro e farmacêutico) nas atividades ligadas diretamente à farmacoterapia da hipertensão arterial sistêmica, a fim de proporcionar ao idoso a conscientização quanto aos cuidados com a saúde, redução de problemas relacionados aos medicamentos e obter a adesão satisfatória.

2.1.4 Gestão da comunicação e integração

Esta categoria reúne estudos que abordam a comunicação como aspecto de promoção de saúde no tratamento dialítico.

Dias e Vieira (2008) investigam através de estudo qualitativo a compreensão de profissionais de uma clínica sobre a promoção de saúde além de elucidar como a comunicação com os sujeitos que dialisam contribui para uma clínica promotora de saúde. Os resultados evidenciam que não há consenso mas desejo de comunicação eficaz, no sentido de ressignificar o espaço da clínica na perspectiva da promoção da saúde.

Coelho et al (2014) realizam estudo de caso descritivo dos passos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde de Portugal no planejamento, implementação e acompanhamento da doença renal crônica e ressaltam a importância do envolvimento dos diferentes grupos de interesse, a liderança e a capacidade de negociação e influência do Estado neste processo.

Mascarenhas et al (2011) relatam a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na assistência a um paciente portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica e concluíram pela necessidade da interface entre equipe e paciente.

2.1.5 Gestão da segurança do paciente

Nesta categoria foi inserido um estudo que trata da segurança do paciente.

Oliveira et al (2014) buscam identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente na visão de enfermeiros assistenciais que resultaram na identificação de riscos físicos/químicos, clínicos, assistenciais e institucionais além de barreiras e oportunidades.

2.1.6 Gestão do transplante renal

Nesta categoria foram agrupados dois estudos que tratam do transplante renal.

Medina et al (2011) em pesquisa exploratória e descritiva cujo objetivo foi demonstrar a situação do transplante renal no Brasil e suas disparidades geográficas concluem que em os transplantes renais SP, SC e RS aumentaram ou se mantiveram e em RJ, MS e SE retrocederam.

Ferraz et al (2013) buscam identificar por meio da revisão integrativa os principais indicadores de resultado do processo de doação de órgãos e transplantes utilizados e transplantes no Brasil e no mundo. Constatam que os indicadores visam avaliar, mensurar e controlar dados relacionados ao perfil do doador, condições

clínicas e hospitalares, tempo de isquemia e tamanho do órgão, procedimento cirúrgico além das complicações advindas do transplante.

2.1.7 Gestão do custo-doença

Nesta categoria foram agrupados os estudos relativos aos custos da doença renal.

Oliveira et al (2014) em revisão bibliográfica propõem recomendações para a realização de estudos de custo da doença no sistema de saúde brasileiro que resultam em conceitos inerentes aos estudos de custos da doença e dão recomendações para aplicar o método de custo da doença ao contexto brasileiro.

Sancho e Dain (2008) revisam bibliografia da avaliação econômica em saúde, através da técnica de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas na falência renal crônica. Propõem problematização, impacto e alternativas de intervenção.

2.1.8 Gestão da capacitação

Foi inserido um artigo nesta categoria que aborda a capacitação para a gestão na atenção básica em saúde.

Fernandes et al (2009) buscam conhecer o perfil e verificar as competências, atribuições e habilidades gerenciais, na estrutura da atenção básica através de estudo de caso e coleta de dados. Detecção de habilidades gerenciais, falta de capacitação específica e de TI.

2.1.9 Gestão de Indicadores

Foi inserido um artigo nesta categoria que estuda indicadores em saúde pública.

Scaratti e Calvo (2012) desenvolvem um indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. Foram aplicados 55 indicadores de desempenho em 36 municípios. Cinco apresentaram medidas eficientes na gestão de acesso e oito nas ações de provimento e os demais foram classificados como ineficientes.

2.2 Discussão dos resultados e formulação de lacunas de pesquisa

Infer-se que o tema não é consolidado no estudo teórico e não foram identificados estudos conceituais nesta seara, porém há uma multiplicidade de categorizações, desde a prevenção através do controle da hipertensão arterial e do diabetes até o envelhecimento da população que causam impactos nos serviços de saúde pública. Portanto propõe-se lacuna de pesquisa no campo teórico conceitual.

2.3 Breve panorama da evolução do sistema de saúde no Brasil

2.3.1 Evolução histórica

A evolução do sistema de serviços de saúde no Brasil para um modelo em que a saúde passou a ser um direito inerente a cidadania e garantido pelo Estado (CF, art. 196) ocorreu a partir da criação do seguro social, na segunda década do século XX, cujo quadro da saúde pública, era limitado à corporação médica (medicina liberal) e as entidades religiosas (filantropia). A presença do Estado só era notada quando, episodicamente aconteciam epidemias e catástrofes naturais (PIOLA, 2009, p.16).

Piola (2009, p.16) relata que a partir dos anos 60 o perfil do sistema de saúde brasileiro era marcado por quatro principais características: exclusão, segmentação, hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde.

Para Piola (2009, p. 16) a exclusão ocorria devido ao crescimento da assistência médica após a criação do seguro social em 1923, que se deu com a incorporação gradual de categorias profissionais do mercado de trabalho formal urbano, ignorando o resto da população. Com a implementação de sucessivas políticas públicas, tais como a assistência médica aos trabalhadores rurais, por intermédio do FUNRURAL, a partir de 1974 e a assistência médica da Previdência Social à toda a população em situação de emergência, que estenderam a assistência médica previdenciária aos grupos desprotegidos, essa situação começou a ser suavizada. A partir da criação dos Sistema Único de Saúde - SUS, todos os brasileiros passaram a ter atendimento integral à saúde.

Ainda segundo Piola (2009, p. 16) a segmentação ocorria em dois vieses: institucional e de clientela. No institucional, graças a histórica vinculação da assistência médico-hospitalar ao sistema previdenciário e das funções de saúde pública tais como o controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária e epidemiológica ao Ministério da Saúde ou por meio das Secretarias Estaduais de Saúde. A segmentação de clientela derivava da presença de cinco categorias de

pacientes que recebiam serviços com diferentes padrões de qualidade: a) os particulares, aqueles com vontade e capacidade para pagar diretamente os serviços providos pelo mercado; b) os que possuíam algum plano ou seguro de saúde, incluídos os servidores públicos; c) os previdenciários urbanos; d) os previdenciários rurais; e) o restante da população dependente da filantropia e de uma rede pública de pequeno porte e baixa diversificação.

Piola (2009, p. 16) relata a existência de dois subsistemas estatais: um dependente de recursos orçamentários sempre escassos e oriundos de impostos gerais, onde o Ministério da Saúde era o cabeça de um sistema que incluía as secretarias estaduais de saúde e os órgãos municipais correspondentes. Outro era o da previdência social cujos recursos provinham da taxação da folha de salário e os saldos orçamentários fortes, visto o ainda baixo peso de seus compromissos securitários (pensões e aposentadorias).

Conforme Piola (2009, p. 17), após a criação do SUS, essas distorções da dicotomia institucional foram superadas, a segmentação de clientela se diferenciou com o crescimento das modalidades assistenciais de pré-pagamento e manutenção de serviços específicos para os funcionários públicos.

Recentemente, em que pese mais de 90% da população ser usuária, apenas 26,8% utilizam exclusivamente o SUS. Os não usuários são 8,7% (PIOLA, 2009, 17 apud CONASS, 2003).

Ainda, segundo Piola (2009, p. 17) a hegemonia privada na oferta de serviços médico-hospitalares foi fortalecida a partir de 1974, com os financiamentos subsidiados pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), gerenciados pela Caixa Econômica Federal, para ampliar e modernizar a rede hospitalar e garantia de mercado fornecida pelos contratos previdenciários de compra de serviços.

No país embora houve grande crescimento da rede pública, o setor privado ainda é majoritário o que segundo Piola (2009, p. 18) não é um problema pois, para o usuário, o que importa é a garantia de um serviço com qualidade e presteza. Para Piola (2009, p. 18) a utilização da rede privada libera o Poder Público da realização de investimentos diretos para ampliar a própria capacidade, como da gerência de estabelecimentos, principalmente os de maior complexidade e porte, e, cuja tarefa

persiste como uma das maiores, se não a maior das vulnerabilidades e desafios do sistema público de saúde.

- a) Continuando Piola (2009, p. 18) assevera que a Constituição de 1988 trouxe muitas inovações à questão da saúde dentre as quais: unificou as ações e serviços de assistência social, previdência social e saúde, através da criação da seguridade social;
- b) criou novos tributos, as Contribuições Sociais (federais) vinculadas a seguridade social;
- a. caracterizou a saúde como direito inerente à cidadania, incumbindo o Estado como garantidor desse direito; e,
- c) o sistema único de saúde com universalidade e integralidade da atenção; descentralização com comando único em cada esfera de governo; e, regionalização da rede de serviços para organização e participação popular como instrumento de controle da sociedade sobre o sistema.

Ainda conforme Piola (2009, p. 19) a universalidade, integralidade e equidade como valores sociais refletem o direito de acesso universal e a integralidade da atenção reflete a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um Estado de bem estar, em substituição a um sistema excludente e desigual que existia antes de 1988.

A universalidade é um predicado de sistemas organizados com base na solidariedade. Canadá, Suécia, Costa Rica e Reino Unido, entre outros países, são exemplos de sistemas assim estruturados (MENDES, 2001 *apud* PIOLA 2009).

Para Piola: instituir sistemas de saúde com base nesses valores significa organizá-los com base em necessidades e mediante subsídios cruzados: dos ricos para os pobres, dos jovens para os idosos, dos usuários mais frequentes para os menos frequentes, dos sãos para os doentes (Evans, 1996; Titelman, Uthoff e Jiménez, 2000, *apud* MENDES, 2001). Lord Beveridge, idealizador do sistema de saúde inglês, um dos mais conhecidos modelos de acesso universal, justificava o valor da universalidade ao expressar que serviços exclusivos para pobres serão sempre serviços pobres (PIOLA, 2009, p).

Ainda segundo Piola (2009, p. 20) a integralidade da assistência está prevista no artigo 198 da Constituição Federal e mais explicitamente no artigo 7º da Lei 8.080/1990 definida como o *“conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”* De acordo com o autor a ausência de regulamentação mediante instrumento jurídico de hierarquia adequada ao alcance do direito à saúde e da integralidade teve dois efeitos importantes: a) a judicialização da saúde, ou a busca frequente do Poder Judiciário para assegurar terapias não contempladas pelas normas internas do SUS e; b) iniciativas isoladas em tramitação no Congresso buscando garantir algum tratamento ou medicamento específico.

Prosseguindo, Piola (2009, p. 20) afirma que: A equidade, *igual acesso para igual necessidade*, embora citada com frequência entre os princípios ou diretrizes do SUS, a rigor não tem, pelo menos de forma explícita, a mesma estatura jurídica dos demais (universalidade, integralidade, descentralização, participação social). (PIOLA, 2009, p. 20)

Piola (2009, p. 21) destaca que o SUS institucionalizou o acesso universal e igualitário e a exclusão formal desapareceu, porém, ainda permanecem privilégios e discriminação. Cita duas situações exemplares: a) subsídio oficial para que servidores públicos e suas famílias tenham planos de saúde privados; e, b) incentivo fiscal para famílias que gastam com saúde, representando uma transferência de recursos de toda a sociedade para os segmentos mais afluentes.

Para Piola (2009, p. 21), a discriminação se configura quando alguns hospitais privados e/ou públicos priorizam os pacientes no atendimento privado em detrimento do paciente financiado pelo sistema público em razão da remuneração de procedimentos serem mais atraentes no atendimento privado (inclusive planos de saúde).

Para ele, a diferenciação não se limita a essas questões, mas se confirma ao verificarmos o atendimento de pacientes dos hospitais públicos em relação aos hospitais privados, aqueles marcados por filas, falta de insumos, aparelhos em falta, insuficientes, quebrados ou sem manutenção, falta de medicamentos, de leitos, de pessoal, precariedades que causam inúmeros óbitos.

Piola (2009, p.) destaca que a descentralização, uma das diretrizes constitucionais para organização do SUS, foi uma das áreas onde mais se avançou, a despeito dos obstáculos para sua consecução:

- a diversidade de capacidade técnica, administrativa e financeira, particularmente no caso dos municípios contra-indicando, portanto, soluções ou estratégias uniformes para todo o país.;
- a descentralização, não se esgota ao nível de governo municipal, mas vai além. Uma das ancoras para a adoção de modelos institucionais como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas no Governo anterior, ou as fundações estatais, defendidas pelo atual está, justo, na diretriz da descentralização.;
- impossibilidade ou até mesmo inadequação do ponto de vista técnico e econômico da maioria dos municípios terem subsistemas auto-suficientes.

Nesse sentido relata também a participação social como diretriz constitucional para a organização do sistema único de saúde (Art. 198, III), mas não regulamentada pela Lei 8.080 de 19/09/1990 -, foi objeto de lei específica três meses depois (Lei nº 8142 de 28/12/1990) sendo criadas duas instâncias participativas em cada esfera de governo: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. narra que:

[...] ambas já existiam muito antes do SUS. O que mudou com o SUS foi, principalmente, a (i) composição dos dois foros que passou a incluir representação de usuários, *“paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”* (Lei nº 8142, art 1º, § 4º), (ii) a sua presença nas três esferas de governo e (iii) o caráter deliberativo do Conselho, que antes de 1990 era meramente consultivo. (PIOLA, 2009, p. 22)

2.3.2 Participação do Estado na Saúde

Piola (2009, p. 23) justifica a presença do Estado no financiamento, regulação e provisão da saúde além dos motivos de ordem institucional, política e social enumerando pelo menos outras três razões as quais destaco:

- a) a contribuição da saúde para melhores níveis de produtividade e bem estar da população e os segmentos mais pobres nem sempre podem custear as ações e serviços para sua manutenção, e, sobretudo recuperação; algumas necessidades de saúde podem acarretar custos catastróficos até mesmo para as famílias de renda média alta;
- b) as ações e serviços de saúde de relevância pública cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação controle e fiscalização (CF, art. 197); algumas dessas ações são classificadas como bens públicos tais como vigilância sanitária e vigilância epidemiológica ou produzem externalidades positivas como por exemplo: vacinação;
- c) a assimetria de informações e demais falhas de mercado, bastante presentes no campo da saúde.

Em relação ao financiamento da saúde Piola (2009, p. 24), afirma que países desenvolvidos já investem parcela considerável e crescente do PIB (Produto Interno Bruto) nos quais aumenta a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos onde estão presentes desafios adicionais como a extensão da cobertura a toda a população, a melhoria da qualidade dos serviços e as exigências do financiamento setorial em concorrência com outras necessidades.

Piola (2009) afirma que maior nível de gasto não redunde, automaticamente, em serviços de saúde mais eficientes, efetivos e equitativos. Na verdade, os modelos de financiamento e de organização dos serviços podem ter uma influência muito mais forte tanto nos custos como nos resultados (mais saúde e menos desigualdades) do sistema.

Continua frisando que, de acordo com estimativas da OMS, o Brasil gastou cerca de 7,9% do PIB com saúde em 2005. Desse montante, o gasto privado (das famílias e das empresas) respondeu por 55,9% do gasto total; o desembolso no ato (gasto *out-of-pocket*)²³, isoladamente, atinge 30% do total (OMS, 2008). Ou seja, como parcela do PIB o Brasil despende valores próximos aos países da OCDE, mas, ao contrário destes, a participação do gasto público, como percentual do gasto total, é muito menor, cuja média corresponde a 70% do gasto total com saúde.

O sistema de saúde do Brasil é pluralista tanto em termos das modalidades de atenção à saúde, quanto das fontes de financiamento. Essa pluralidade se expressa nas quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o Sistema Único de Saúde, de acesso universal, gratuito e financiado com recursos públicos (impostos e contribuições); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientelas, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores majoritariamente atendidos na rede privada; e, (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (*out-of-pocket*). (RIBEIRO et al, *apud* 2005 PIOLA, 2009)

Segundo o autor, a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, propiciou aumentos de recursos públicos para a saúde no período de 2000 a 2005, tanto no volume total como em valores per capita em relação ao PIB.

Quanto à regulação no SUS, o autor salienta que há um complexo normativo iniciando com a Lei 8.080 e 8.142 de 1990 e nas normas operacionais (NOB/SUS/91, NOB/SUS/93, NOB/SUS/96, NOAS/SUS/2001 e a NOAS/SUS/2002), e partir de 2006, nos Pactos de Gestão tendo como objetivos a descentralização da gestão, a participação dos recursos federais no SUS, a definição de programas estratégicos e recentemente uma melhor definição das responsabilidades dos entes federativos e das metas do sistema.

[...] assegurar um atendimento integral e equitativo depende da iniciativa reguladora do estado sobre a localização, dimensionamento e operação de serviços públicos e privados, bem como o padrão de qualidade com que devem ser prestados. (PIOLA, 2009, p. 35).

Em relação à regulação da saúde suplementar Almeida et al (1998 apud Piola) asseveram:

A atenção à saúde intermediada por empresas de planos e seguros de saúde, denominada *saúde suplementar*, está presente no Brasil há mais de 70 anos. Porém, o crescimento sem precedentes desse subsistema de saúde²⁹ ao longo da década de 1990 - paradoxalmente justo quando se iniciava a implantação de um sistema público universal e gratuito - ocasionou uma pressão maior para que o segmento fosse mais bem regulamentado (ALMEIDA, 1998, MACERA & SANTINE, 2004, PEREIRA, 2003 *apud* PIOLA, 2009).

Piola (2009) discorre também sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS criada pela Lei n.º 9.961/2000, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com autonomia administrativa, financeira e autonomia nas decisões técnicas procura reduzir problemas de assimetria de informação que limitem a concorrência, impedir aumentos abusivos de preços e resolver questões relacionadas aos riscos. Para reduzir a assimetria de informação, a agência busca ampliar seu conhecimento do mercado, seja em termos de informações econômico-financeiras, seja em relação aos produtos comercializados pelas operadoras de planos e seguros.

Reflete que mesmo se considerando os avanços obtidos na regulação da saúde suplementar, ainda há muito a ser feito em relação à atuação do Estado a esse segmento, tanto na busca de eficiência econômica e efetividade, como nas relações entre esse subsistema e o SUS.

Em relação às formas de provisão cita a direta e indireta. Na modalidade direta os serviços são proporcionados à população pelas unidades ambulatoriais e hospitalares pertencentes à administração pública de qualquer das esferas de governo. A modalidade indireta - predominante no Brasil onde setor privado detém a maior parte da oferta, principalmente na área hospitalar - abrange os serviços proporcionados por entidades particulares com ou sem fim lucrativo que mantêm convênios ou contratos com o setor público (PIOLA, 2009, p. 55).

Finalizando, Piola (2009) ressalta um ponto fundamental para aumentar a efetividade do SUS que é a reorientação do seu modelo de atenção para

que possa melhor responder às novas exigências decorrentes do quadro epidemiológico com o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e à necessidade de garantir de forma eficiente e oportuna o princípio da integralidade da atenção²⁴ exigindo sua organização em redes de atenção e a vigência de mecanismos regulatórios adequados.

Nessa mesma linha de raciocínio Tamaki et al (2012) relatam a aprovação do decreto 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa cujo desafio:

[...] é inovar nos processos e instrumentos de gestão, superar a fragmentação das políticas de saúde, garantir o acesso com qualidade, fortalecendo os vínculos interfederativos. O decreto agrega mais um instrumento, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cujo objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.(TAMAKI et al , 2012, p. 840).

2.3.3 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

Conforme a Lei 8.080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS), inclui entre os seus princípios fundamentais os seguintes conceitos:

- Universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência;
- Integralidade enquanto conjunto articulado, contínuo e resolutivo das ações e serviços em todos os níveis de complexidade;
- Descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização;

²⁴²⁴ Integralidade no atendimento é aqui entendida como o acesso, devidamente regulado, a todos os serviços e procedimentos necessários ao tratamento de determinada patologia.

- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A partir desses princípios, o SUS estrutura-se em três níveis de atenção à saúde: “1) atenção primária (eixo orientador do SUS); 2) atenção de média e 3) de alta complexidade, sendo ambas complementações da atenção primária” (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria nº 648/2006 do Ministério da Saúde - que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção primária para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – definiu a atenção básica no âmbito do SUS como:

ATENÇÃO BÁSICA Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Dentre as ações básicas definidas visando a Atenção Básica que estão diretamente relacionadas com a atenção à saúde em Doença Renal Crônica (DRC) estão os grupos de risco para a doença: os diabéticos, os idosos e hipertensos que fazem parte do grupo de risco para a doença, evidenciando que as ações da atenção básica irão gerar consequências em outros níveis de atenção.

A atenção média foi criada pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) definiu média complexidade em saúde, assim como suas atribuições, da seguinte forma:

A média complexidade ambulatorial compõe-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2011).

Em relação à alta complexidade, tem-se o seguinte conceito, pelo Ministério da Saúde:

A alta complexidade compreende um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais

níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2009).

A Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise) está inserida nos procedimentos de alta complexidade que dada a sua natureza, têm impacto financeiro extremamente elevado.

Em reconhecimento à importância epidemiológica, a magnitude social e os elevados custos de tratamento das doenças renais crônicas o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Portaria GM/MS nº 1168 de 15.06.2004) em todo o país (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 389/2014, de 13 de março de 2014, define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico cujo teor é o seguinte:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Ficam definidos os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e instituído incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

Art. 2º Ficam aprovadas as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS, que será disponibilizada no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES E CRITÉRIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DRC

Art. 3º Os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes:

I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção;

II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC;

III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG);

IV - garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS);

V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);

VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;

VIII - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e

IX - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.

Art. 4º Para efeito desta Portaria, a classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros:

I - DRC estágio 1: TFG ≥ 90 mL/min./1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem;

II - DRC estágio 2: TFG ≥ 60 a 89 mL/min./1,73m²;

III - DRC estágio 3a: TFG ≥ 45 a 59 mL/min./1,73m²;

IV - DRC estágio 3b: TFG ≥ 30 a 44 mL/min./1,73m²;

V - DRC estágio 4: TFG ≥ 15 a 29 mL/min./1,73m²; e VI - DRC estágio 5: TFG < 15 mL/min./1,73m².

Parágrafo único. É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG.

Art. 5º São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, além das definidas na Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS:

I - Componente Atenção Básica:

a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC;

b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS);

c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS;

d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC;

e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;

g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de

atenção, quando necessário, de acordo com a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 6 de junho de 2011; e

h) registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIsAB) as ações de controle da DRC; e

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial:

a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS;

c) disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

e) definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC, de quem será a responsabilidade para realizar a confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal;

f) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados local/regionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência;

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e

h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças renais, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vier(em) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde.

Art. 6º Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC.

Art. 7º Compete aos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRC.

CAPÍTULO III

DAS TIPOLOGIAS E ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL EM DRC

Art. 8º A atenção à saúde da pessoa com DRC será organizada conforme as seguintes tipologias:

- I - Unidade Especializada em DRC;
- II - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e
- III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

§ 1º A Unidade Especializada em DRC, responsável pela Atenção de Média Complexidade, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e deverão matricular as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais.

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC.

§ 3º À Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete:

- I - realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;
- II - matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e
- III - ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC.

§ 4º O acompanhamento multiprofissional em DRC de que trata o § 1º e o inciso I do § 3º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio clínico pré-dialítico.

§ 5º O apoio matricial de que trata o § 1º e o inciso II do § 3º inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial.

§ 6º O tratamento de diálise, de que trata o § 2º e o inciso III do § 3º consiste na realização das consultas em nefrologia e exames decorrentes e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS-diálise:

- I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC);
- II - diálise peritoneal automática (DPA);
- III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e
- IV - Hemodiálise (HD).

Art. 9º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão oferecer, obrigatoriamente:

- I - atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade;

II - uma ou mais das modalidades de diálise de que trata o § 6º do art. 8º;

III - fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico; e

IV - realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS.

§ 1º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente a modalidade HD devem garantir o acesso à DPAC, à DPA e à DPI quando da necessidade do paciente.

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente as modalidades DPAC, DPA e DPI devem garantir o acesso à HD, quando da necessidade do paciente.

Art. 10. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão:

I - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente; e

II - dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, que deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas locorregionalmente.

Parágrafo único. O serviço de diálise deverá registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes.

Art. 11. A sala para atendimento ao paciente HbsAg+ pode ser considerada opcional, desde que o estabelecimento de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes.

Art. 12. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula, de acordo com a condição vascular, quando a TFG for menor do que 20 ml/min.

Art. 13. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar.

Parágrafo único. Os pacientes de que trata o "caput" serão encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise.

CAPÍTULO IV

DA ADESÃO E HABILITAÇÃO PARA INTEGRAR A LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DRC

Art. 14. Para a adesão dos estabelecimentos de saúde para integrar Linha de Cuidado da Pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC, as Secretarias de Saúde deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS):

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de

Saúde (CGSES/DF) e, quando houver, da Comissão Intergestores Regional (CIR), contendo:

a) aprovação dos estabelecimentos de saúde de atenção especializada ambulatorial que prestarão assistência às pessoas com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), contendo a relação dos estabelecimentos de saúde dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, conforme definido nesta Portaria; e

b) metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), considerando-se a capacidade de produção dos estabelecimentos de saúde elencados;

II - registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das unidades básicas de saúde para as quais as unidades de atenção especializada ambulatorial serão referência; e

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde.

Art. 15. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS as seguintes informações:

I - parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade;

II - Resolução da CIB aprovando o credenciamento/habilitação e a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço de saúde;

III - relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, cópia da Licença de Funcionamento;

IV - contrato assinado pelo gestor de saúde e o responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC com a definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal;

V - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico;

VI - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames;

VII - declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS;

VIII - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, que não ofereça todas as modalidades de diálise, com outro serviço de saúde de diálise, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise;

IX - relação dos profissionais de saúde, especificando quais são os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde, cadastrados no SCNES;

X - documento da Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio da regulação de urgência e

emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise; e

XI - Termo de compromisso assinado pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante.

§ 1º No caso do inciso III, o serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo.

§ 2º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos nesta Portaria e dará início ao processo de habilitação.

§ 4º A ausência da análise de que trata o § 3º impede a sequência do processo de habilitação.

§ 5º Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

Art. 16. Para habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão observar o disposto nos art. 14 e 15.

Art. 17. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a adesão/habilitação do serviço de saúde.

Parágrafo único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação.

Art. 18. Para que os estabelecimentos atualmente habilitados em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) - código 1501 ou em Centro de referência de alta complexidade em nefrologia - código 1502 se habilitem como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde as informações previstas nos art. 14.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

Art. 19. A Unidade Especializada em DRC terá a seguinte equipe mínima:

- I - médico nefrologista;
- II - enfermeiro;
- III - nutricionista;
- IV - psicólogo; e
- V - assistente social.

Art. 20. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima:

I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;

III - médico nefrologista;

IV - enfermeiro especialista em nefrologia;

V - assistente social;

VI - psicólogo;

VII - nutricionista;

VIII - técnico de enfermagem;

IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares;

X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza.

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

Art. 21. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de DPAC ou DPA terá a seguinte equipe mínima:

I - médico nefrologista, como responsável técnico;

II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico;

III - nutricionista;

IV - psicólogo;

V - assistente social; e

VI - técnico de enfermagem.

Art. 22. A composição mínima da equipe da Unidade Especializada em DRC observará o disposto nos arts. 19, 20 e 21, no que couber.

Parágrafo único. O mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos.

Art. 23. A substituição dos profissionais que compõem as equipes mínimas deve ser providenciada nos respectivos períodos de férias.

Art. 24. O médico e o enfermeiro de que trata os incisos I e II do art. 20 e do art. 21 só podem ser os Responsáveis Técnicos de 1 (uma) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia ou de 1 (uma) Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

Art. 25. Para o programa de DPAC e de DPA, deverá ser obedecida a proporção de pelo menos 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes.

Art. 26. Para o programa de DPI, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 1 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

II - 1 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;

III - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 31, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia;

IV - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 31, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno; e

V - 1 (um) técnico de enfermagem em todos os turnos, para cada 2 (dois) pacientes, ou para cada 4 (quatro), no caso de todos os

postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal.

Art. 27. Para a HD, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção:

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno, não contabilizado o médico Responsável Técnico;

II - 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno, não contabilizado o enfermeiro Responsável Técnico; e

III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão de HD.

Parágrafo único. Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão.

Art. 28. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico.

§ 1º Em Municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise.

§ 2º A proporção de técnico de enfermagem deve ser de 1 (um) para cada 2 (dois) pacientes por turno.

§ 3º O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico.

Art. 29. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 70 (setenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico.

Art. 30. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 31. A capacitação formal e o credenciamento dos enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração ou certificado, respectivamente, reconhecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN).

§ 1º No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem.

§ 2º O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia.

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

Art. 32. Os estabelecimentos de saúde aderidos como Unidade Especializada em DRC e habilitados como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise farão jus a incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será utilizado exclusivamente para a realização dos procedimentos referentes aos estágios clínicos 4 e 5 pré-diálise e matriciamento para estágio 3b.

§ 2º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será no valor mensal de R\$ 61,00 (sessenta e um reais) por pessoa com DRC estágio 4 ou 5 pré-diálise, conforme a meta física informada pelo respectivo gestor público de saúde.

§ 3º Além do disposto no § 2º, as Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise farão jus a incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA) dos procedimentos descritos no Anexo IV e nas porcentagens estabelecidas no Anexo III.

§ 4º Os recursos do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

§ 5º As Secretarias de Saúde poderão solicitar a qualquer tempo a reclassificação da tipologia da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, conforme descrito no Anexo III.

Art. 33. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do Grupo - 03- Procedimentos Clínicos, Sub-grupo 05-Nefrologia, tem o instrumento de registro por Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e são financiados pelo FAEC.

CAPÍTULO VII

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 34. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com DRC no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores, estando sob responsabilidade destes gestores, dentre outras, as seguintes atribuições:

I - avaliação da estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado;

II - avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos); e

III - avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos.

Art. 35. O cumprimento das metas físicas de que trata o § 2º do art. 32 será avaliado a cada 3 (três) meses a partir da adesão ou habilitação, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde.

§ 1º A ausência de informação por 3 (três) meses consecutivos no SIA/SUS acarretará a suspensão do repasse do incentivo financeiro de que trata o art. 32.

§ 2º Em caso de não se constatar no SIA/SUS o cumprimento do percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise em relação ao percentual de pessoas com DRC em diálise/TRS no respectivo estabelecimento de saúde, conforme preconizado no Anexo III, poderá ocorrer a reclassificação ou extinção das habilitações das Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise.

§ 3º O estabelecimento de saúde que não realizar as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde será notificado e desabilitado.

§ 4º O gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço a ser desabilitado nos termos do § 3º deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento da notificação, a justificativa para o não cumprimento da produção mínima exigida.

§ 5º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 4º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do serviço.

§ 6º A desabilitação do estabelecimento de saúde será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e Código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada.

§ 7º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir os valores de que trata o art. 32 referente ao período de 3 (três) meses no quais não tenha cumprido as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde.

§ 8º A restituição de que trata o § 7º do será operacionalizada pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) por meio do encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente realizado pelos serviços e gasto por cada Estado, Distrito Federal ou Município, quando ficar constatado a produção diferente do disposto nesta Portaria, tanto em relação ao rol mínimo, quanto em relação ao mínimo de procedimentos, sendo os valores não utilizados descontados dos Tetos Financeiros de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado, Distrito Federal ou Município.

Art. 36. Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas com DRC, habilitados pelos critérios definidos nesta Portaria, deverão produzir as informações para atender aos indicadores de qualidade definidos no Anexo I e se comprometer com as metas estabelecidas.

Art. 37. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Art. 38. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 39. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994.

Art. 40. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos das Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 e nº 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 41. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção

monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 42. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo FNS foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 43. Fica alterado na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o serviço de código 130, passando a ter a denominação de Serviço de Atenção à Doença Renal Crônica com as respectivas classificações e CBO, conforme Anexo V.

Parágrafo único. Fica excluída do serviço de que trata o "caput" a classificação 002 - Litotripsia.

Art. 44. Fica alterado na Tabela de Habilitações do SCNES, a denominação do Grupo de habilitação 15 para - Atenção à saúde das pessoas com DRC, constituindo-se das seguintes habilitações:

I - Código 15.01 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia;

II - Código 15.03 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com hemodiálise;

III - Código 15.04 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise peritoneal;

IV - Código 15.05 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise;

V - Código 15.05 - Unidade Especializada em DRC;

VI - Código 15.06 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com hemodiálise;

VII - Código 15.07 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo I com diálise peritoneal;

VIII - Código 15.08 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com hemodiálise;

IX - Código 15.09 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo II com diálise peritoneal;

X - Código 15.10 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com hemodiálise;

XI - Código 15.11 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo III com diálise peritoneal;

XII - Código 15.12 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com hemodiálise; e

XIII - Código 15.13 - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal.

Parágrafo único. Todas as habilitações de que trata este artigo são de responsabilidade centralizada.

Art. 45. Fica excluído da Tabela de Habilitações do SCNES a habilitação de Código 15.02 - Centro de Referência de Alta Complexidade em Nefrologia.

Parágrafo único. Os Centros de Referência de Alta Complexidade em Nefrologia código 15.02 serão automaticamente habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (código 15.01).

Art. 46. Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos SUS os seguintes procedimentos:

I - 03.01.13.005-1 - acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré-diálise; e

II - 03.01.13.006-0 - acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-diálise, conforme Anexo I.

§ 1º O procedimento referente ao acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré diálise deverá ser realizado trimestralmente com APAC de validade de 3 (três) competências.

§ 2º O procedimento de acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-diálise deverá ser realizado mensalmente com APAC de validade fixa de 12 (doze) competências.

§ 3º Os procedimentos secundários dos procedimentos descritos nos incisos I e II seguem a regra condicionada à classificação 008 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS condicionando os procedimentos secundários a terem o valor zerado.

Art. 47. Fica incluído na Tabela de Incentivos a Redes do SCNES o incentivo financeiro de custeio destinado às ações de cuidado ambulatorial pré- dialítico, código 82.44 - Unidade Especializada em DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

§ 1º O valor do incentivo de que trata o "caput" varia conforme a quantidade de pacientes em DRC estágio 4 ou 5, conforme Anexo III, sendo repassado fundo a fundo no teto financeiro do gestor.

§ 2º As produções deverão ser registradas, conforme art. 5º, inciso II, alínea "h", porém não gerarão crédito.

Art. 48. Fica incluído o campo "Vinculação das Unidades Básicas de Saúde às unidades de atenção especializada ambulatorial em doença renal crônica" no Módulo Básico do SCNES.

Art. 49. Para fins de acesso à informação, deve ser garantido aos conselhos de saúde e às associações ou comissões de pacientes com DRC, o acesso aos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com DRC.

Parágrafo único. O acesso aos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica.

Art. 50. Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0007. (BRASIL, 2014)

2.3.4 A eficiência, eficácia e efetividade e as auditorias operacionais dos tribunais de contas

De acordo com Araújo (2006, p. 1) a auditoria operacional no setor governamental remonta do início da década de 1970, nos Estados Unidos. O VII Congresso da INTOSAI, em 1971, foi um dos marcos iniciais da auditoria operacional no mundo, onde aconteceu a aprovação do conceito de auditoria integrada ou integral, objetivando se estender além do enfoque tradicional, o universo de exame da auditoria financeira. (OLIVEIRA, 2007, p.16)

Oliveira destaca outro fato marcante na evolução histórica da auditoria operacional ARAÚJO (2006, p.2) apud OLIVEIRA,(2008, p. 44) na demarcação da competência legal do Escritório-Geral do Auditor do Canadá, durante o período de 1973 a 1977 e que resultou na legislação independente sobre auditoria. O conteúdo desta Lei, em seu artigo 7º, revela a intenção do legislador canadense para que o relatório da apresentação da prestação de contas (accountability) do governo tenha como suporte informações examinadas com base metodológica na auditoria operacional. (OLIVEIRA, 2007, p. 44)

Em seguida, Oliveira (2007, p. 44-45) apresenta um quadro sintético de outros marcos importantes no desenvolvimento da auditoria operacional no Brasil e no mundo, a seguir:

Quadro 2 - Marcos da Auditoria Operacional no Brasil e no Mundo

| ANO | FATO | DESDOBRAMENTO |
|------------|---|--|
| 1977 | IX Congresso Mundial de Tribunais de Contas, realizado em Lima (PERU) | <i>“O volume de recursos financeiros aplicados e a importância dos objetivos a alcançar para o bem estar dos respectivos países determinam que se deve evitar todo gasto inútil e antieconômico: portanto, os organismos de controle deverão estender seus exames para além da</i> |

| | | |
|------|---|---|
| | | <i>auditoria financeira, a fim de penetrarem na auditoria operacional, condizente com eficiência, economia e efetividade”</i> |
| 1986 | XII Congresso da INTOSAI, em Sydney (Austrália) | Reconheceu-se a necessidade de melhorar a divulgação das demonstrações financeiras e dos resultados das atividades, bem como aperfeiçoar a gestão do setor público mediante o desenvolvimento da auditoria operacional (que segundo a própria INTOSAI objetiva avaliar a economia, eficiência e a eficácia) |
| 1988 | Constituição da República Federativa do Brasil | Atribui ao Tribunal de Contas da União a responsabilidade das auditorias de natureza operacional |
| 1992 | Lei de Finanças do Governo Municipal, em 1982 na Inglaterra | Determinou a obrigatoriedade da realização de auditoria operacional nas unidades do governo municipal |
| 1994 | INTOSAI | Última revisão do Manual de Auditoria, que trata amplamente de todas as forma de auditoria operacional, conhecido como Livro Amarelo |
| 1998 | XVI Congresso da INTOSAI, em Montevideu | Ficou definida a elaboração das Diretrizes |

| | | |
|------|-----------------------------|--|
| | (Uruguai) | para a aplicação da Auditoria pelo Comitê de Normas de Auditoria do INTOSAI, em conjunto com as EFS's. O projeto final foi elaborado em 2003 |
| 1998 | Tribunal de Contas da União | Publicou o seu Manual de Auditoria Operacional - MANOP |

Fonte: Oliveira (2007, p. 44-45 *apud* Araújo, 2006, p. 4)

Oliveira *apud* Leal (2006, p. 38), afirma que, somente em 1986 iniciou-se no Brasil, exatamente na administração pública federal, através do Decreto 93.874, cujo artigo 10, parágrafo segundo, estabeleceu que além de examinar os atos de gestão, a fim de certificar a exatidão das regularidades das contas, a auditoria deveria verificar a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos.

A auditoria operacional também é denominada por Reider *apud* ARAÚJO (2006, p. 27) e destacada por Oliveira (2007, p. 47) como: auditoria abrangente, auditoria de amplo escopo, auditoria de avaliação, auditoria de economia e eficiência, auditoria de eficácia ou resultado, auditoria dos três “Es” (Economia, Eficiência e Eficácia).

Gomes *apud* (OLIVEIRA, 2008, p. 47) compara a auditoria operacional com a auditoria de desempenho, não obstante concordar que as duas podem ser consideradas sinônimos, observa na última, a incorporação de novos critérios e métodos investigativos, bem como busca responder 48 outras perguntas que não são do interesse da clássica auditoria operacional, tais como análise de conteúdo de política pública, pesquisa com usuários, entre outros.

Ambas preocupam-se com a eficiência e o alcance dos objetivos operacionais, só que a auditoria de desempenho não se restringe a elas. A auditoria de desempenho é, de fato, essencialmente uma atividade exclusiva do setor público, pois o objetivo final dessa atividade é revisar e avaliar o impacto de políticas públicas, sua boa condução e o valor público que essas políticas agregam a sociedade. A auditoria operacional visa agregar valor privado para os acionistas, à

maximização do lucro ou minimização do prejuízo, portanto, seu escopo é menos abrangente (GOMES 2006, p. 32 apud OLIVEIRA 2007, p. 47-48).

A GAO norte americana apud Araújo (2006), afirma:

A auditoria operacional é um exame objetivo e sistemático de evidências, com o fim de proporcionar uma avaliação independente do desempenho de uma organização, programa, atividade ou função governamental, no sentido de fornecer informações para a accountability pública e facilitar o processo de tomada de decisões envolvidos na responsabilidade de supervisionar ou iniciar ações corretivas. As auditorias operacionais abrangem a auditoria de economia, a de eficiência e a auditoria de programas. As auditorias de economia e eficiência têm como propósito determinar: a) se a entidade está adquirindo, protegendo e empregando seus recursos (tais como pessoal, bens e infra-estrutura física) econômica e eficientemente; b) as causas de ineficiências ou de práticas antieconômicas; e c) se a entidade tem cumprido as leis e regulamentos aplicáveis em matéria de economia e eficiência.()

A INTOSAI apud Araújo (BAHIA, 2005b, p. 15) conceitua a auditoria operacional da seguinte maneira:

A auditoria operacional é um exame independente da eficiência e da eficácia das atividades, dos programas e dos organismos da Administração Pública, prestando a devida atenção à economia, com o objetivo de realizar melhorias.

Ao atualizar o seu manual de auditoria de desempenho, em 2010, o Tribunal de Contas da União o denominou Manual de Auditoria Operacional (MANOP), firmando-se assim o termo auditoria operacional, cuja definição ficou estabelecida como

Auditoria operacional (ANOp) é o exame independente e objetivo da economicidade, eficiência, eficácia e efetividade de organizações, programas e atividades governamentais, com a finalidade de promover o aperfeiçoamento da gestão pública.(BRASIL, 2010,12)

O manual de auditoria operacional (MANOP) classifica os “3 E’s nas dimensões de desempenho e define a eficiência como:

a relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período de tempo, mantidos os padrões de qualidade. Essa dimensão refere-se ao esforço do processo de transformação de insumos em produtos. Pode ser examinada sob duas perspectivas: minimização do custo total ou dos meios necessários para obter a mesma quantidade e qualidade de produto; ou otimização da combinação de insumos para maximizar o produto quando o gasto total está previamente fixado (COHEN; FRANCO, 1993). Nesse caso, a análise do tempo necessário para execução das tarefas é uma variável a ser considerada. A eficiência pode ser medida calculando-se e comparando-se o custo unitário da produção de um bem ou serviço. Portanto, podemos considerar que o conceito de eficiência está relacionado ao de economicidade. (BRASIL, 2010, p.12)

A eficácia é definida:

[...] como o grau de alcance das metas programadas (bens e serviços) em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados (COHEN; FRANCO, 1993). O conceito de eficácia diz respeito à capacidade da gestão de cumprir objetivos imediatos, traduzidos em metas de produção ou de atendimento, ou seja, a capacidade de prover bens ou serviços de acordo com o estabelecido no planejamento das ações.

É importante observar que a análise de eficácia deve considerar os critérios adotados para fixação da meta a ser alcançada. Uma meta subestimada pode levar a conclusões equivocadas a respeito da eficácia do programa ou da atividade sob exame. Além disso, fatores externos como restrições orçamentárias podem comprometer o alcance das metas planejadas e devem ser levados em conta durante a análise da eficácia.(BRASIL, 2010, p.12)

Por fim, assim define a efetividade:

diz respeito ao alcance dos resultados pretendidos, a médio e longo prazo. Refere-se à relação entre os resultados de uma intervenção ou programa, em termos de efeitos sobre a população-alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados), traduzidos pelos objetivos finalísticos da intervenção. Trata-se de verificar a ocorrência de mudanças na população-alvo que se poderia razoavelmente atribuir às ações do programa avaliado (COHEN; FRANCO, 1993 apud BRASIL, 2010, p. 12).

Segundo o Manual de Auditoria do Tribunal de Contas do Distrito Federal, quanto à finalidade, a auditoria operacional ou de desempenho

Avalia atividades, projetos, programas e ações governamentais, bem como entidades e órgãos públicos, quanto a aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade, com objetivo de contribuir para o melhor desempenho da gestão pública.(BRASIL, 2010, p. 1/2)

O art. 71, inciso IV, a Constituição Federal conferiu competência ao Tribunal de Contas para realizar as auditorias operacionais:

Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete: [...] IV - realizar, por iniciativa própria, da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, de Comissão técnica ou de inquérito, inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, nas unidades administrativas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, e demais entidades referidas no inciso II;(BRASIL, 1988, p....)

2.3.5 A eficiência, eficácia e efetividade como indicadores em gestão pública

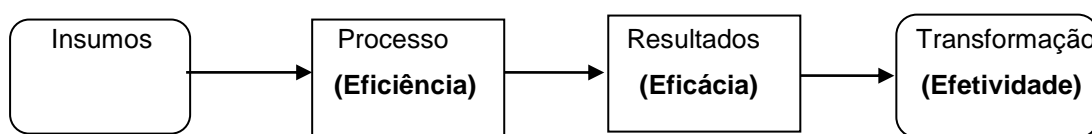
Sano e Montenegro (2013, p. 35) ressaltam limitações ao desenvolvimento social quando os atores envolvidos na gestão pública não estão envolvidos com os estes conceitos que resultam em impactos negativos na vida de todos os cidadãos, daí decorrendo uma avaliação sistemática, contínua e eficaz que esbarra na falta de clareza quanto a indicadores de desempenho no setor público.

Em razão da diversidade de indicadores de desempenho abordam e apontam aqueles relacionados aos três principais critérios de desempenho: 3Es.

Vários autores destacam a relevância dos 3Es na administração pública. Dentre eles (SULBRANDT, 1993 *apud* SANO e MONTENEGRO, p.39) que agrupa as experiências avaliativas de programas em três metodologias básicas: a) avaliação de metas (eficácia;b) avaliação de impacto (efetividade) e c) avaliação do processo (eficiência). Januzzi e Patarra *apud* Sano e Montenegro (2013) apontam a relevância do monitoramento dos programas de acordo com o raciocínio insumo-processo-resultado-impacto, que pode ser realizado com os 3Es.

Sano e Montenegro ilustram no Fluxograma a seguir:

Figura 1 – Fluxograma da avaliação



Fonte: Sano e Montenegro 2012

Washington Souza (*apud* Sano e Montenegro 2013, p. 39) define eficiência em fazer mais com menos recursos, eficácia como resultado da relação entre metas alcançadas versus metas pretendidas e efetividade com a avaliação das transformações ocorridas.

Para Fontes *apud* Sano e Montenegro o que torna a avaliação da efetividade indispensável é que, caso o impacto não seja o esperado, poder-se-ia replanejar a atuação (Fontes, 2005 *apud* Sano e Montenegro).

Quadro 3 - Fases de processo avaliativo

| Indicador | FASE | | |
|-------------|--|--|--|
| | <i>Ex-ante</i> | <i>Pari-pasu</i> | <i>Ex-post</i> |
| Eficiência | Estimativa baseada em iniciativas comparáveis. pouco utilizada | Comparação entre o que foi previsto e o que se está realizando. Utilizada principalmente no controle orçamentário. | Comparação com iniciativas similares ou com o planejado. Mais utilizada. |
| Eficácia | Baseada em iniciativas comparáveis. Pouco utilizada. | Acompanhamento da realização das metas propostas. | Verificação se as metas propostas foram atingidas. |
| Efetividade | Expectativa baseada em iniciativas similares. Pouco utilizada. | Avaliações parciais ao término das etapas de um programa. | Vinculação das mudanças, caso tenham ocorrido as ações empreendidas. Mais utilizada e recomendada. |

Fonte: Sano e Montenegro 2013

Segundo Sano e Montenegro *“não se deve avaliar somente se houve desperdícios ou desvios dos recursos, mas também comparar a eficiência alcançada com a de outras organizações que podem vir a se tornar benchmarks”*.

De acordo com Marinho e Façanha (2001.p 6) apud Sano e Montenegro *“avaliação pressupõe comparação”*.

Sano e Montenegro (2013), entretanto, lembram:

Com relação ao aspecto histórico da eficiência, sua presença é observada tanto no surgimento da teoria da administração quanto na teoria da administração pública. É, importante lembrar, todavia, que a sua busca, imbuída numa cultura racional burocrática, desvinculada de interferências morais, resultou no genocídio dos judeus e dos ciganos em Auschwitz, símbolo, à época da 2ª Guerra, da modernidade e cientificamente organizada, que se utilizava das técnicas mais eficazes (LÖWY, 2011 apud SANO E MONTENEGRO, 2013)

Sano e Montenegro sintetizam as relações dos 3Es nas três fases de um processo avaliativo no quadro:

Quadro 3 - Fases de processo avaliativo

| Indicador | FASE | | |
|-------------|--|--|--|
| | <i>Ex-ante</i> | <i>Pari-pasu</i> | <i>Ex-post</i> |
| Eficiência | Estimativa baseada em iniciativas comparáveis. pouco utilizada | Comparação entre o que foi previsto e o que se está realizando. Utilizada principalmente no controle orçamentário. | Comparação com iniciativas similares ou com o planejado. Mais utilizada. |
| Eficácia | Baseada em iniciativas comparáveis. Pouco utilizada. | Acompanhamento da realização das metas propostas. | Verificação se as metas propostas foram atingidas. |
| Efetividade | Expectativa baseada em iniciativas similares. Pouco utilizada. | Avaliações parciais ao término das etapas de um programa. | Vinculação das mudanças, caso tenham ocorrido as ações empreendidas. Mais utilizada e recomendada. |

Fonte: Sano e Montenegro 2013

Em seguida, Sano e Montenegro apresentam seis propostas diferentes para avaliação de desempenho na gestão pública:

- **1ª Balanced Scorecard** - Ghelman (2006 apud Sano e Montenegro, 2013) apresenta um modelo adaptado do Balanced Scorecard aos preceitos de uma nova gestão pública focada nos resultados, preservando as especificidades da área pública. Dentre os ajustes o autor pela conveniência das medidas de desempenho nas extensões: a) eficiência buscando a otimização dos recursos dos contribuintes; b) eficácia, por meio da qualidade dos serviços; e c) efetividade, buscando orientar as ações públicas para o atendimento ao cidadão. O autor ressalta a preocupação com o monitoramento sistemático dos resultados.

O autor defende a utilização conjunta dos 3 Es ao apontar que o uso isolado desses construtos pode comprometer a qualidade do serviço. A respeito da efetividade pondera que a sua utilização conforme modelo proposto permite um aumento do controle social decorrente da avaliação do desempenho organizacional. Ressalta a importância da informação disponibilizada de forma simples e inteligível, do contrário, a participação será restringida.

Ressalva que este modelo só pode ser aplicado naqueles órgãos públicos que possuam um planejamento estratégico estruturado e forte cultura de medição do desempenho organizacional.

- 2º Quadro lógico

Pfeiffer (2006) apresenta a ferramenta do Quadro Lógico (QL) criada para demonstrar a efetividade dos projetos de cooperação internacional. Sua matriz fornece respostas a questões intimamente associadas aos 3Es, tais como:

- Qual é o seu propósito e quais as mudanças a serem alcançadas?
- Como se pretende produzir melhorias?
- Como é possível identificar o alcance das melhorias e mudanças?(PFEIFER,2006 apud SANO e MONTENEGRO, 2013)

O desafio na elaboração de um QL é selecionar e combinar, adequadamente, os processos que serão capazes de gerar os resultados desejados de forma eficiente. Pfeifer (2006) ilustra o quadro lógico:

Quadro 4 –Quadro Lógico

| | Lógica da intervenção | Indicadores objetivamente comprováveis | Fontes de comprovação | Suposições importantes |
|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|------------------------|
| Objetivo superior | | | | |
| Objetivo do projeto | | | | |
| Resultados | | | | |
| Atividades principais | | | | |

Fonte: Pfeiffer, 2006 apud Sano e Montenegro (2013).

Por não ser de fácil domínio, o autor recomenda a utilização de especialistas ou a capacitação teórica e prática para seu emprego.

Sano e Montenegro (2013) ressaltam a importância do quadro lógico por ser um mapa que orienta as equipes e os gerentes além de indicar-se como um acordo entre os interessados sobre os rumos do projeto e os compromissos assumidos.

- 3º Entidades de Fiscalização

Oliveira (apud Sano e Montenegro, 2013) destaca que as Entidades de Fiscalização Superior, como os Tribunais de Contas, estão sendo cada vez mais cobradas para realizar trabalhos qualitativos, abrangendo os 3Es. Tais auditorias são chamadas de operacionais ou de desempenho e buscam avaliar as organizações públicas em aspectos como eficiência, economicidade, eficácia e efetividade. O autor apresenta o impacto da inclusão das auditorias de efetividade no rol das tradicionais atribuições destes tribunais em verificar a regularidade das contas públicas, focando os aspectos legais, orçamentários, contábeis, financeiros e patrimoniais, realizadas via auditoria de conformidade. Os principais seriam a necessidade de diversificação dos seus profissionais, juntamente com novas rotinas, e sem esquecer o aspecto político, uma vez que os resultados podem suscitar questionamentos de natureza política.

O trabalho apresenta os tipos de auditorias de desempenho, dentre as quais constam a de eficiência e a de efetividade de programas, já praticadas em países como Austrália, França, Alemanha, Holanda, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos. A primeira tem por objetivo examinar as funções organizacionais, os processos e os elementos de um programa para avaliar se os seus insumos estão sendo otimizados, focando principalmente os custos. Ela não implica *“reformulação radical da missão, do papel e da estratégia dos órgãos de auditoria, além do fato da eficiência ser considerada um valor fundamental por unanimidade”* (Oliveira, 2008, p. 40). Já a de efetividade examina o impacto do programa, e sua realização afetaria o papel, a estratégia e a missão das entidades de fiscalização, que se tornariam mais amplos e abstratos. Estas mudanças ocorreriam pelo fato de esta modalidade ser mais complexa, não tendo um modelo rígido e padronizado como as auditorias de conformidade, exigindo, assim, um amplo domínio de conhecimentos multidisciplinares.

Sano e Montenegro observam que, por mais significativos que sejam os achados identificados durante uma auditoria operacional, as recomendações para melhoria do desempenho da organização auditada não serão completamente acatadas, caso esta não disponha de recursos suficientes para o atendimento das sugestões realizadas impactando a capacidade contributiva das recomendações

para a melhoria da gestão pública que pode ser limitada pela ausência de diversos recursos, tais como humanos, financeiros, políticos ou técnicos. Diante dessa constatação o autor fala a respeito da necessidade de emprego de modelos analíticos na etapa de planejamento das auditorias e artigos como o presente buscam contribuir para a formação de um referencial teórico acessível.

- 4º Planilhas

Garcia (2008) propõe a adoção de duas planilhas para avaliação da eficiência na gestão pública. A apresentada na Figura 4 possui nove indicadores relacionados à gestão orçamentária, financeira e patrimonial, aos processos de aquisição, ao índice de inovação, a iniciativas sociais e aos serviços prestados. Sendo o alcance a tais informações restrito, seu preenchimento só poderia ser realizado por alguém com amplo acesso, como o gestor do órgão.

A segunda planilha, apresentada no Quadro 5, é empregada para gerar o indicador “Serviços Prestados” presente na primeira. Ela deve ser preenchida pelos cidadãos, usuários ou beneficiários dos serviços prestados pelo órgão público. É composta por 32 indicadores relacionados a serviços pela Internet, ao atendimento prestado, às instalações, ao processo de solicitação do serviço, à resolução do problema e ao pós-atendimento.

Quadro 5 – Planilha para avaliação da eficiência nos serviços prestados

| FASES | INDICADORES | GRAU DE EFICIÊNCIA | | | | | | PONTOS |
|---|--|--------------------|--------------------------------|---|------------------------|---|----|--------|
| | | E | B | S | I | R | NO | |
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| Acesso à Internet | 1. Possui links de acesso facilitado | | | | | | | |
| | 2. Apresenta mapa objetivo do site | | | | | | | |
| | 3. Auto-atendimento | | | | | | | |
| | 4. Certificação digital de documentos | | | | | | | |
| | 5. Abre possibilidade para perguntas e apresenta respostas | | | | | | | |
| | 6. Oferece possibilidade de contato | | | | | | | |
| ACESSO VIA TELEFONE | | | | | | | | |
| Atendimento Inicial | 1. Linha exclusiva para críticas e sugestões | | | | | | | |
| | 2. Identificação do órgão e atendente | | | | | | | |
| | 3. Conhecimento do órgão pelo atendente | | | | | | | |
| | 4. Tratamento através do atendente | | | | | | | |
| | 5. Retorno de questões pendentes | | | | | | | |
| | RECEPÇÃO | | | | | | | |
| | 1. Atenção | | | | | | | |
| | 2. Educação | | | | | | | |
| | 3. Respeito no trato com o público | | | | | | | |
| | 4. Cortesia | | | | | | | |
| | 5. Conhecimento do órgão pelo recepcionista | | | | | | | |
| | 6. Encaminhamento para o setor competente | | | | | | | |
| | 7. Observância dos critérios de prioridades existentes | | | | | | | |
| | 8. Critérios de prioridade | | | | | | | |
| Ambiente | 1. Limpeza e condições de higiene | | | | | | | |
| | 2. Organização | | | | | | | |
| | 3. Conforto | | | | | | | |
| | 4. Aparência das instalações | | | | | | | |
| | 5. Funcionalidade do ambiente | | | | | | | |
| Encaminhamento do Problema | 1. Tratamento através do atendente | | | | | | | |
| | 2. Registro e controle do pedido | | | | | | | |
| | 3. Informações sobre eventuais dúvidas | | | | | | | |
| Resolução do Problema | 1. Tempo-resposta no prazo legal ou possível | | | | | | | |
| | 2. Qualidade da resposta | | | | | | | |
| | 3. Execução do service | | | | | | | |
| Pós-Prestação do Serviço | 1. Local para críticas ou sugestões | | | | | | | |
| | 2. Verificação do nível de satisfação | | | | | | | |
| PREENCHIMENTO A CARGO DO ÓRGÃO PÚBLICO | | | | | | | | |
| TOTAL DE PONTOS | | | | | | | | |
| Grau de Eficiência Verificado | N. Total de Pontos (.....) | / | N. de itens observados (.....) | = | Grau numérico (.....) | | | |
| | | | | | Grau sintético (.....) | | | |
| LEGENDA | | | | | Identificação: | | | |
| Grau sintético | Grau numérico – intervalo | | | | | | | |
| E = Excelente | De 4,50 a 5,00 | | | | | | | |
| B = Bom | De 3,50 a 4,49 | | | | | | | |
| S = Satisfatório | De 2,50 a 3,49 | | | | | | | |
| I = Insatisfatório | De 1,50 a 2,49 | | | | | | | |
| R = Ruim | De 0,00 a 1,49 | | | | | | | |
| NO = Não observado | Zero | | | | | | | |
| Local: | Data: | | | | | | | |
| ESPACO PARA OBSERVAÇÕES (Críticas ou Sugestões): | | | | | | | | |

Fonte: (Garcia, 2008, p. 85-86 apud Sano e Montenegro, 2013, p. 49)

Em relação ao Quadro 5, Sano e Montenegro opinam o seguinte:

[...] o autor peca ao não explicitar como os indicadores propostos são elaborados e ao não distinguir outros conceitos relacionados a eles, tais como eficácia, efetividade e qualidade. Logo, vários indicadores referem-se mais ao grau de qualidade da prestação do serviço da entidade do que propriamente a sua eficiência (quantidade de serviço x recursos) ()

- 5ª) Estado para Resultados

Lemos apud Sano e Montenegro, 2013) investiga se o modelo de gestão do Estado de Minas Gerais, conduzido pelo programa Estado para Resultados, é orientado para resultados, nos moldes do modelo de gestão desenvolvido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) juntamente com o Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (Clad). A autora conclui que a gestão estadual passou a ser orientada para resultados, caracterizando-se *“por uma cultura e um instrumental de gestão orientados a melhorar a eficácia, eficiência, produtividade e efetividade no uso dos recursos do Estado para melhorar os resultados de desempenho das organizações e dos servidores públicos”* (p. 50). Com isso, a estratégia adotada permitiria a reformulação da gestão estadual, com novos valores e princípios, obtendo, no longo prazo, *“uma nova cultura comportamental do setor público mineiro, voltado para o desenvolvimento da sociedade com critérios objetivos para se medir o desempenho dos resultados das ações governamentais”* (LEMOS apud SANO e MONTENEGRO, 2013, p. 50).

Conforme Sano e Montenegro:

Ao introduzir a problemática do seu estudo, a autora aponta como tendência uma gestão pública, provedora de serviços, orientada para o alcance de resultados de desenvolvimento, sendo o seu garantidor, além de comentar que nas últimas décadas o Estado vem desempenhando um papel-chave na criação de condições para o bem-estar social. Posteriormente, cita a disciplina “administração para o desenvolvimento”, surgida na década de 60, com a finalidade de gerar uma administração mais eficiente, efetiva e eficaz, capaz de criar os meios administrativos necessários para o desenvolvimento político, econômico e social. Ademais, afirma que, para a instituição de uma nova administração para o desenvolvimento, faz-se necessário o estabelecimento de relações claras entre os resultados das políticas e seus indicadores de eficácia e efetividade. A concepção de estratégias efetivas, que resultem em desenvolvimento, também é tida como central na governança da Nova Gestão Pública.

Por fim, a autora afirma ser fundamental, neste modelo de gestão, o fornecimento de informações significativas e **em tempo**

real à sociedade sobre o desempenho do setor público, aspecto este que será tratado na análise seguinte. (SANO e MONENEGRO, 2013, p. 50).

- 6ª) **Tom Web**

Pires (apud Sano e Montenegro 2013) propõe a adoção da Transparência Orçamentária Municipal via Internet (TOM Web), que consiste na prestação de contas (*accountability*) pela Internet, disponibilizando em tempo real informações detalhadas sobre sua execução orçamentária e financeira. Seu foco são os municípios, tendo em vista que os Estados e principalmente o governo federal já adotam ferramentas similares. O autor defende que a transparência possibilitada por essa ferramenta é um pré-requisito da eficiência nas novas formas de governar com o escopo de reduzir as assimetrias informacionais entre:

governantes e governados, ampliando assim as oportunidades para que a cidadania se constitua numa alavanca para governos locais mais eficientes, efetivos, eficazes e responsivos, necessários ao desenvolvimento socioeconômico e à redução das desigualdades no país (PIRES apud SANO E MONTENEGRO 2013, p. 51).

O TOM Web é definido como um modo de gerir a arrecadação e sua destinação, prestando contas, por meio de relatórios periódicos, via websites, deixando claros prazos, decisões, resultados e riscos, nas fases de planejamento, aprovação, execução e avaliação. Esta modalidade é respaldada pela Lei Complementar 131/2009, que cria a obrigatoriedade de publicação das contas públicas em tempo real, via Internet, para todos os entes da federação, com prazo até 2013, para os municípios de até 50.000 habitantes.

Operacionalmente, o TOM Web seria um link no site de cada prefeitura, contendo documentos, informações e dados relevantes sobre o planejamento orçamentário, a sua execução e as compras públicas. Segundo o autor aprofundamento do conteúdo das informações dar-se-ia de acordo com a profundidade da navegação empreendida pelo usuário, podendo manter-se superficial, atendendo assim tanto a demanda de especialistas quanto de leigos. O seu conteúdo deve ser consistente, completo e organizado, apresentando documentos integrais e tecnicamente bem-elaborados, regularmente atualizados e que ofereça condições de acesso fácil para qualquer usuário.

O autor relaciona os documentos considerados por ele básicos e necessários como ponto de partida para elaboração do conteúdo e sugere que sejam disponibilizados canais de comunicação e materiais didáticos, como glossários e textos de fácil compreensão.

3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar um estudo de caso utilizando a análise documental de Auditoria Operacional nº 1.0004.15/2016²⁵ realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal, que avaliou a gestão da política de prevenção e tratamento renal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2014, originando o Processo nº 3120/2015-e que gerou a Decisão nº 3839/2016, no tocante aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade. O lapso temporal da pesquisa ficou compreendido entre a emissão da Decisão pelo Tribunal de Contas do DF, 28 de julho de 2016 e 31/04/2017.

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

A abordagem utilizada foi a indutiva definida por Kjeldal (apud Souza Leão 2010, p. 6) como *um processo em que, a partir de uma sensibilidade singular, captada por todos os sentidos, alguém captura conceitos e princípios universais através do intelecto*. Hyde (apud Souza Leão 2010, p. 6) assevera que o raciocínio indutivo é, *portanto um processo de construção teórica, que tem início com a observação de algo específico para procurar estabelecer generalizações a respeito do fenômeno sob investigação*.

A generalização que parece adequada a uma abordagem indutiva para SOUZA LEÃO (2010, p. 6) é a *generalização analítica, em que o objetivo é o de expandir e generalizar teorias e não estabelecer a frequência com a qual um fenômeno tem a probabilidade de ocorrer*.

O método de coleta de dados secundários foi o qualitativo. De acordo Van Maanen apud Souza Leão 2010, p. 7) *o termo qualitativo não tem um significado preciso, sendo um tipo de guarda-chuva que cobre uma variedade de técnicas que buscam descrever um fenômeno no mundo social*.

²⁵ Auditoria Operacional nº 1.0004.15/2016. Tribunal de Contas do Distrito Federal.2014. Disponível em: www.tc.df.gov.br

Os dados foram coletados de documentos quais sejam o Relatório da Auditoria nº 1.0004.15/2016, que teve como escopo os serviços prestados no ano de 2014 aos pacientes renais crônicos em fase avançada, dependentes de Terapia Renal Substitutiva, além das deliberações compostas pelas Decisões Ordinárias de nº 3839/2016 e de nº 4783/2014, oriundas do Plenário do Tribunal de Contas do Distrito Federal, disponíveis no sítio do TCDF, através de leitura, seleção e fichamento,

As informações sobre os órgãos estudados quais sejam, o TCDF e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, também foram coletados na internet, através de leitura, seleção e fichamento dos dados, nos respectivos sítios.

Conforme consta em seu sítio na internet, o Tribunal de Contas do Distrito Federal - TCDF, órgão de controle externo vincula-se, por sua missão, ao Poder Legislativo local, mas é órgão autônomo, que tem por atribuição auxiliar tecnicamente a Câmara Legislativa do Distrito Federal no exercício do Controle Externo das contas públicas, zelando pela boa e regular aplicação dos recursos públicos do Distrito Federal e para a manutenção e preservação do patrimônio do DF, ao assegurar que a aplicação do dinheiro público seja efetiva, regular e esteja dentro da Lei.

De acordo com o sítio do TCDF, o órgão foi instalado em 15 de setembro de 1960, na gestão do então presidente Juscelino Kubitschek com a missão de exercer o controle externo da administração dos recursos públicos do Distrito Federal, em auxílio à Câmara Legislativa, zelando pela legalidade, legitimidade, efetividade, eficácia, eficiência e economicidade na gestão desses recursos.

Ainda, segundo o sítio, na internet, o TCDF aprecia as contas anuais dos governadores, emitindo parecer para o julgamento na Câmara Legislativa; julga as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiro, bens e valores públicos; confere a legalidade dos atos de admissão de pessoal (concursos públicos e outras contratações) e a concessão de aposentadorias, reformas e pensões dos servidores do GDF; avalia a execução das metas estabelecidas no plano plurianual, nas diretrizes orçamentárias e no orçamento anual.

O sítio do TCDF também informa que o Tribunal de Contas do DF recebe denúncias de irregularidades ou ilegalidades; faz inspeções e investigações em todas as unidades administrativas dos Poderes Executivo e Legislativo e fiscaliza a aplicação de recursos repassados ou recebidos pelo Distrito Federal.

Conforme o Planejamento Estratégico do quadriênio 2016-2019, é sua missão:

Gerar benefícios para a sociedade por meio do aperfeiçoamento e controle da gestão dos recursos públicos do Distrito Federal. (BRASIL, 2016)

Ainda de acordo com o PLANEST/TCDF 2016-2019 sua visão de futuro pode ser definida como:

“Ser reconhecido por sua atuação tempestiva, preventiva, orientadora e transparente no exercício do controle externo, com ênfase na avaliação dos resultados da gestão pública do Distrito Federal e no fomento do controle social” (BRASIL. 2016)

Conforme disposto em seu sítio, o TCDF é um órgão colegiado, formado por 7 (sete) Conselheiros, indicados pela Câmara Legislativa e pelo Governador do Distrito Federal. Os Conselheiros são substituídos nas suas ausências e impedimentos pelos Conselheiros-Substitutos, que são recrutados mediante concurso público de provas e títulos dentre os cidadãos que satisfaçam os requisitos para o cargo de Conselheiro.

Junto ao Tribunal, atua de forma independente e autônoma, o Ministério Público de Contas do Distrito Federal, com as atribuições de guarda da lei e fiscal de sua execução. Participa com representante em todas as sessões de julgamento do Tribunal. É composto de um Procurador-Geral e mais três Procuradores, todos nomeados pelo Governador do Distrito Federal, dentre bacharéis em Direito aprovados em concurso público de provas e títulos.

O Tribunal ordena Serviços Auxiliares, destinados à prestação do apoio técnico e administrativo necessário ao exercício de suas atividades. A área de apoio técnico é dirigida pela Secretaria-Geral de Controle Externo - SEGECEX, enquanto a área de apoio administrativo, pela Diretoria-Geral de Administração - DGA.

De acordo com a pesquisa realizada no sítio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, trata-se de órgão da administração direta do Governo do Distrito Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas responsável pela promoção, prevenção e assistência à saúde. É função da Secretaria de Saúde dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde. Conforme o Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, a estrutura da Secretaria de Saúde do Distrito Federal passa a ter a seguinte organização:

I- Administração Central

II- Superintendências de Regiões de Saúde

III - Unidades de Referência Assistencial; e

IV - Unidades de Referência Distrital

§1º São vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal os seguintes órgãos:

I - Fundação Hemocentro de Brasília - FHB;

II - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS; e

III - Conselho de Saúde do Distrito Federal (BRASIL, 2015)

Segundo o mapa estratégico 2016-2019 constituem-se missão, visão e valores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, respectivamente:

Garantir ao cidadão acesso universal à saúde mediante atenção integral e humanizada.

Ser um sistema de saúde que a população conheça, preze e confie, sendo excelência e referência na atenção integral à saúde, apresentando os melhores indicadores de saúde do país.

Compromisso

Ética

Humanização

Respeito

Valorização do servidor (BRASIL, 2016)

A realização da Auditoria Operacional foi determinada por deliberação do Plenário do TCDF, em 25 de setembro de 2014 que, por unanimidade decidiu determinar à Secretaria de Auditoria do órgão que incluísse para o exercício de 2015, Auditoria Operacional na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, conforme decisão:

DECISÃO Nº 4783/2014

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I – tomar conhecimento do Ofício nº 707/2014-GAB/SES; II – considerar parcialmente cumprido o item III.a e cumpridos os itens III.b e III.c da Decisão nº 6.209/2013; III –

determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF que, no prazo de 60 (sessenta) dias, apresentando as respectivas documentações comprobatórias: a) informe, por meio da Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, as condições sanitárias da sociedade empresária SEANE e de suas filiais no DF, inclusive quanto ao licenciamento sanitário e inspeções realizadas a partir de 2003; b) à Coordenação de Nefrologia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF que informe a respeito da realização de fístulas na rede própria e na contratada: 1) se há condições de atendimento adequado e tempestivo a todos os pacientes que necessitam do procedimento, identificando e justificando possíveis limitações; 2) as estatísticas mensais de 2013 e 2014 contendo o total de pacientes atendidos e quantos necessitaram do procedimento;

IV – determinar às Administrações Regionais de Brasília, de Sobradinho e de Taguatinga que apresentem, no prazo de 30 (trinta) dias, as Licenças de Funcionamento da sociedade empresária SEANE e de suas filiais no DF a partir de 2003; V – determinar à Secretaria de Acompanhamento que, nos termos do art. 121, III, do RI/TCDF, proceda à Inspeção para obter informações, no âmbito dos Processos nºs 060.008.719/2012, 060.001.918/2013, 060.001.490/2012 e 060.003.044/20013, a fim de reunir elementos informativos para caracterizar, com segurança, as irregularidades que pesam sobre o Sr. Sérgio Raimundini Cavechia, bem como em relação à inclusão indevida da filial de Sobradinho da sociedade empresária SEANE;

VI – determinar à Secretaria de Auditoria que inclua para o exercício de 2015 Auditoria Operacional na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, em autos apartados, para avaliar a capacidade operativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF frente a efetiva demanda e, consequentemente, identificar os ajustes necessários para

prestação direta da assistência pela Jurisdicionada, bem como causas e responsabilidades por possíveis ilegalidades, irregularidades ou ineficiências, quanto à Terapia Renal Substitutiva, com especial atenção aos seguintes pontos: a) avaliação da implantação e dos resultados obtidos com o Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal e com a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Portaria MS/GM nº 1.168/2004) e o atendimento das demais normas legais correlatas; b) avaliação da gestão dos recursos necessários à prestação direta da assistência, mormente recursos humanos e financeiros, insumos, equipamentos e instalações físicas; c) avaliação da gestão da demanda sob aspectos da evolução na rede própria e contratada, o registro do faturamento e a regulação; VII – facultar à sociedade empresária SEANE que, caso queira, se manifeste, no prazo de 30 (trinta) dias, sobre as informações dos autos; VIII – autorizar o envio de cópia do relatório/voto do Relator e desta e-DOC 08276891 Proc 26900/2007 decisão à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, à Corregedoria da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF; à Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, à Coordenação de Nefrologia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF; às Administrações Regionais de Brasília, de Sobradinho e de Taguatinga e aos representantes legais da sociedade empresária SEANE; IX – autorizar, ainda, a devolução dos autos à Secretaria de Acompanhamento, para as providências cabíveis. (BRASIL, 2014, grifos nossos)

O processo foi autuado em 10 de fevereiro de 2015, atendendo à determinação do Plenário do Tribunal de Contas do DF para que a Secretaria de Auditoria incluísse, para o exercício de 2015, Auditoria Operacional na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, a fim de identificar os ajustes necessários para a prestação do serviço de nefrologia de forma direta pelo órgão, assim como

causas e responsabilidades por possíveis ilegalidades, irregularidades ou ineficiências, em relação à Terapia Renal Substitutiva, com ênfase nos seguintes pontos:

[...] a) avaliação da implantação e dos resultados obtidos com o Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal e com a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Portaria MS/GM nº 1.168/2004) e o atendimento das demais normas legais correlatas; b) avaliação da gestão dos recursos necessários à prestação direta da assistência, mormente recursos humanos e financeiros, insumos, equipamentos e instalações físicas; c) avaliação da gestão da demanda sob aspectos da evolução na rede própria e contratada, o registro do faturamento e a regulação;[...] (BRASIL, 2014)

Em 23 de março de 2016, foi lançado no Sistema de Acompanhamento Processual - SIACOMP do TCDF, o Relatório Final da Auditoria nº. 1.0004.15/2016.

Em 28 de Julho de 2016, o Plenário do TCDF tomou conhecimento do Relatório de Auditoria e assim decidiu:

DECISÃO Nº 3839/2016

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I – tomar conhecimento do Relatório de Auditoria n.º 1.0004.15/2016 e da manifestação do jurisdicionado, constantes dos e-docs 71219E50-c, 4DFCA2C1-c, B37580FF-c e 42976f67-c; II – determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que: a) adote protocolo de regulação para as vagas de Terapia Renal Substitutiva, a fim de garantir a padronização dos fluxos de encaminhamento e a universalização do acesso ao tratamento renal (Achado 3); b) garanta a articulação entre os níveis de atenção no cuidado ao portador da Doença Renal Crônica - DRC ou seus fatores de risco (especialmente hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil, segundo Portaria GM/MS nº 1168/04), assegurando a realização de apoio matricial às equipes de atenção básica de referência nos temas

relacionados a doenças renais, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde (Achado 3); c) desenvolva medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica - DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado, conforme diretriz da Portaria GM/MS nº 389/2014 (Achado 3); d) mantenha atualizado o cadastro dos hospitais públicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, sobretudo no que tange às informações referentes ao Módulo Diálise (Achado 4); e) estabeleça rotina de consolidação de todos os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva prestados, por unidades habilitadas ou não, estabelecendo protocolo de encaminhamento mensal de produtividade à Subsecretaria de Planejamento em Saúde e à Gerência de Apoio à Alta Complexidade (Achado 4); f) garanta a integração dos dados relativos aos atendimentos de TRS com a captação das informações para fins de faturamento, buscando a minimização das críticas apontadas pelo SIA/SUS (Achado 4); g) revise o Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR, a fim de garantir que esse instrumento tenha objetivos, ações e metas atualizados, alinhados com a necessidade de aprimoramento da Rede de atendimento ao paciente renal crônico (Achado 5); h) implemente mecanismo estruturado de monitoramento e avaliação do planejamento da política de prevenção e tratamento da doença renal, definindo as responsabilidades dos atores envolvidos, de modo a garantir o acompanhamento das principais ações e do grau de cumprimento dos objetivos e metas inicialmente estabelecidos, cujas desconformidades devem ser apresentadas à alta administração da Secretaria (Achado 5); i) adote e monitore os indicadores de qualidade constantes do Anexo II da Portaria GM/MS nº 389/14, que define os critérios para organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal (Achado 6); j) constitua Núcleo de Segurança do Paciente nos hospitais públicos e elabore e implemente Plano de Segurança do Paciente em cada unidade de diálise, conforme previsto na RDC 11/14 (Achado 6); III - recomendar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que: a) promova divulgação e/ou sensibilização, entre profissionais

de saúde e pacientes renais crônicos, sobre as vantagens da diálise peritoneal automática – DPA e a diálise peritoneal ambulatorial contínua – DPAC, opções de tratamento no domicílio do próprio paciente, com maior independência da estrutura hospitalar (Achado 1); b) adote medidas para a efetiva ampliação da cobertura de atendimento ao paciente renal crônico, melhorando o acesso aos serviços especializados em nefrologia, a partir do diagnóstico da capacidade operacional dos hospitais públicos e dos recursos humanos e materiais necessários à otimização das atividades de cada unidade, observando a distribuição geográfica da demanda dos serviços (Achado 1); c) elabore e implemente plano de conservação e melhoria da estrutura física das unidades prestadoras de serviços de diálise, em especial no HRS e no HRG (Achado 2); d) adote medidas para regularizar a ocorrência de máquinas de hemodiálise paralisadas, bem como elabore um plano de manutenção desses equipamentos, de modo a garantir a continuidade do tratamento da doença renal (Achado 2); e) adote medidas para garantir o abastecimento contínuo de insumos médico-hospitalares necessários à prestação de serviços de diálise (Achado 2); f) garanta aos pacientes da rede pública a realização de todos os exames preconizados pela Diretrizes Clínicas para o Cuidado do Paciente com DRC (Achado 2); g) promova, em todas as unidades de nefrologia, a designação de responsável técnico exclusivo pelos serviços de diálise, conforme estabelecido pela RDC 11/2014 (Achado 2); h) garanta a continuidade dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de osmose portáteis e fixas da Rede, de maneira a assegurar que a qualidade da água utilizada nos procedimentos de diálise não coloque em risco a saúde do paciente (Achado 6); i) aprimore os termos de consentimento livre e esclarecido a serem apresentados aos pacientes, atentando às informações mínimas definidas pelas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com a Doença Renal Crônica – DRC no SUS (Achado 6); IV – determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, no prazo de 90 (noventa) dias, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação das proposições anteriores, ou de outras medidas que entender necessárias para resolução dos problemas apontados no Relatório de Auditoria n.º 1.0004.15/2016, constando do respectivo

cronograma os prazos e metas a serem considerados em cada etapa e a unidade ou setor responsável pela implementação, conforme modelo apresentado no anexo do citado relatório (BRASIL, 2016, grifos nossos)

A Secretaria de Saúde não cumpriu a determinação do Tribunal de Contas no sentido de elaborar e encaminhar ao órgão, plano de ação para implementação das medidas no prazo fixado e então o Plenário decidiu por reiterar determinação em 15 de dezembro de 2016, fixando novo prazo de 60 dias, conforme segue abaixo:

DECISÃO Nº 6394/2016

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I – reiterar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal o cumprimento da determinação contida no item IV da Decisão n.º 3839/2016, no prazo de 60 (sessenta) dias; II – autorizar a devolução dos autos à Secretaria de Auditoria, para as providências pertinentes. (BRASIL, 2016)

Baseados nesses instrumentos de pesquisa, coletados da página eletrônica do Tribunal de Contas do Distrito Federal, no período de dezembro 2016 a março de 2017, as quais são: as decisões plenárias e, quando possível, as respostas das Secretaria de Estado de Saúde às recomendações e determinações do Plenário do Tribunal de Contas do Distrito Federal, buscou-se, através de análise comparativa e de acordo com o referencial teórico dos construtos eficiência, eficácia e efetividade, responder aos seguintes questionamentos:

- Qual a contribuição da Auditoria Operacional na política/serviço público de nefrologia do Distrito Federal?
- Quais os aspectos de eficiência, eficácia e efetividade a Auditoria Operacional buscou avaliar para a política/serviço de nefrologia do Distrito Federal?

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O propósito da presente pesquisa foi através de estudo de caso de Auditoria realizada pelo corpo técnico do Tribunal de Contas do Distrito Federal, aferir aspectos de eficiência, eficácia e efetividade, através de análise documental das Decisões nºs 4.783/2014, 3.839/2016 e 6.394/2016 do Tribunal de Contas do Distrito Federal, relativas ao Processo nº 3.120/2015. O quadro a seguir enumera as determinações e recomendações à Secretaria de Saúde do Distrito Federal e demonstra a identificação dos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade, de acordo com os conceitos pesquisados e integrantes do referencial teórico.

Quadro 6 – Aspectos de eficiência, eficácia e efetividade em determinações e recomendações de Decisão do TCDF à Secretaria de Saúde do DF.

| Determinações da Decisão nº 3839/2016 do Plenário do TCDF, oriundas da Auditoria nº 1.0004.15/2016, à Secretaria de Estado de Saúde do DF | ASPECTOS DE EFICIÊNCIA | ASPECTOS DE EFICÁCIA | ASPECTOS DE EFETIVIDADE |
|---|--------------------------------|-----------------------------|--|
| a) adote protocolo de regulação para as vagas de Terapia Renal Substitutiva, a fim de garantir a padronização dos fluxos de encaminhamento e a universalização do acesso ao tratamento renal (Achado 3) | | | A médio e longo prazo pode gerar impacto na quantidade de pacientes atendidos. |
| b) garanta a articulação entre os níveis de atenção no cuidado ao portador da Doença Renal Crônica - DRC ou seus fatores de | Possível redução de custos com | | Ataca as causas da doença renal |

| | | | |
|---|----------------------------|--|---|
| risco (especialmente hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil, segundo Portaria GM/MS nº 1168/04), assegurando a realização de apoio matricial às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde (Achado 3); | menor incidência da doença | | crônica podendo impactar redução de doentes renais crônicos |
| c) desenvolva medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica - DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado, conforme diretriz da Portaria GM/MS nº 389/2014 (Achado 3) | | | Pode impactar em redução do número de óbitos e internações |
| d) mantenha atualizado o cadastro dos hospitais públicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, sobretudo no que tange às informações referentes ao Módulo Diálise (Achado 4) | | Facilita o planejamento e alcance de metas | |

| | | | |
|--|--------------------|---|--|
| e) estabeleça rotina de consolidação de todos os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva prestados, por unidades habilitadas ou não, estabelecendo protocolo de encaminhamento mensal de produtividade à Subsecretaria de Planejamento em Saúde e à Gerência de Apoio à Alta Complexidade (Achado 4) | | Permite o atingimento de metas de atendimento | |
| f) garanta a integração dos dados relativos aos atendimentos de TRS com a captação das informações para fins de faturamento, buscando a minimização das críticas apontadas pelo SIA/SUS (Achado 4) | Controle de custos | | |
| g) revise o Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR, a fim de garantir que esse instrumento tenha objetivos, ações e metas atualizados, alinhados com a necessidade de aprimoramento da Rede de atendimento ao paciente renal crônico (Achado 5) | | Objetivos e metas | |
| h) implemente mecanismo estruturado de monitoramento e avaliação do planejamento da política de prevenção e tratamento da doença renal, definindo as responsabilidades | | Objetivos e metas | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| dos atores envolvidos, de modo a garantir o acompanhamento das principais ações e do grau de cumprimento dos objetivos e metas inicialmente estabelecidos, cujas desconformidades devem ser apresentadas à alta administração da Secretaria (Achado 5) | | | |
| i) adote e monitore os indicadores de qualidade constantes do Anexo II da Portaria GM/MS nº 389/14, que define os critérios para organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal (Achado 6) | | | Impacto na sobrevida dos pacientes |
| Recomendações da Decisão nº 3830/2016 do Plenário do TCDF, oriundas da Auditoria nº 1.0004.15/2016, à Secretaria de Estado de Saúde do DF | | | |
| a) promova divulgação e/ou sensibilização, entre profissionais de saúde e pacientes renais crônicos, sobre as vantagens da dialise peritoneal automática – DPA e a diálise peritoneal ambulatorial contínua – DPAC, opções de tratamento no domicílio do próprio paciente, com maior independência da estrutura hospitalar (Achado 1) | | | Impacto na qualidade de vida dos pacientes |

| | | | |
|--|--|--|--|
| b) adote medidas para a efetiva ampliação da cobertura de atendimento ao paciente renal crônico, melhorando o acesso aos serviços especializados em nefrologia, a partir do diagnóstico da capacidade operacional dos hospitais públicos e dos recursos humanos e materiais necessários à otimização das atividades de cada unidade, observando a distribuição geográfica da demanda dos serviços (Achado 1) | | | Podem gerar impacto na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes |
| c) elabore e implemente plano de conservação e melhoria da estrutura física das unidades prestadoras de serviços de diálise, em especial no HRS e no HRG (Achado 2) | | | Impacto na qualidade de vida dos pacientes e funcionários |
| d) adote medidas para regularizar a ocorrência de máquinas de hemodiálise paralisadas, bem como elabore um plano de manutenção desses equipamentos, de modo a garantir a continuidade do tratamento da doença renal (Achado 2) | | | Impacto na sobrevida dos pacientes |
| e) adote medidas para garantir o abastecimento contínuo de insumos médico-hospitalares necessários à prestação de serviços de diálise (Achado 2) | | | Impacto na sobrevida dos pacientes |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| f) garanta aos pacientes da rede pública a realização de todos os exames preconizados pela Diretrizes Clínicas para o Cuidado do Paciente com DRC (Achado 2) | | | Impacto na sobrevida dos pacientes |
| g) promova, em todas as unidades de nefrologia, a designação de responsável técnico exclusivo pelos serviços de diálise, conforme estabelecido pela RDC 11/2014 (Achado 2) | | | Impacto na sobrevida dos pacientes |
| h) garanta a continuidade dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de osmose portáteis e fixas da Rede, de maneira a assegurar que a qualidade da água utilizada nos procedimentos de diálise não coloque em risco a saúde do paciente (Achado 6) | | | Impacto na sobrevida dos pacientes |
| i) aprimore os termos de consentimento livre e esclarecido a serem apresentados aos pacientes, atentando às informações mínimas definidas pelas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com a Doença Renal Crônica – DRC no SUS (Achado 6) | | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| <p>IV – determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, no prazo de 90 (noventa) dias, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação das proposições anteriores, ou de outras medidas que entender necessárias para resolução dos problemas apontados no Relatório de Auditoria n.º 1.0004.15/2016, constando do respectivo cronograma os prazos e metas a serem considerados em cada etapa e a unidade ou setor responsável pela implementação, conforme modelo apresentado no anexo do citado relatório.</p> | | <p>Prazos e metas</p> | |
|---|--|-----------------------|--|

2017 - Elaborado pela autora

Os resultados obtidos demonstram que aspectos dos (E's), eficiência, eficácia e efetividade em nefrologia, foram encontrados nas determinações e recomendações do Tribunal de Contas do Distrito Federal, corroborando com os conceitos do referencial teórico.

O estado da arte desses construtos em nefrologia em saúde pública aponta várias facetas da eficiência, eficácia e efetividade, dentre elas, a questão dos riscos ocupacionais dos profissionais, que diariamente convivem com problemas que podem ocasionar riscos à sua saúde física e psicológica e, conseqüentemente, comprometer o desempenho e a qualidade de vida desses servidores.

Infere-se que a Auditoria objeto do presente estudo contribuiu para a melhoria da qualidade dos serviços prestados na área de nefrologia da saúde pública do Distrito Federal, proporcionando direcionamento e orientando a gestão da área, cujos aspectos pesquisados poderão ser consolidados a médio ou longo prazo, com o devido monitoramento.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A presente pesquisa visou evidenciar aspectos de eficiência, eficácia e efetividade em auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal bem como a sua contribuição para o aperfeiçoamento da política de nefrologia da saúde pública do Distrito Federal.

O referencial teórico forneceu um breve panorama da saúde pública no Brasil assim como o estado da arte dos conceitos mais atualizados dos construtos eficiência, eficácia e efetividade em nefrologia na saúde pública, além de indicadores na gestão pública.

Os resultados evidenciaram aspectos dos construtos pesquisados, nas recomendações e determinações, contidos nas Decisões expedidas pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal para a Secretaria de Estado de Saúde do DF e detectaram contribuições importantes para a melhoria dos serviços públicos nessa área, enfatizando a importância da utilização das auditorias operacionais ou de desempenho para a melhoria dos serviços públicos prestados aos cidadãos.

Sano e Montenegro (2010) enfatizam a importância dos “E’s” para o:

[...] desenvolvimento, pois suas possibilidades são, muitas vezes, cerceadas devido aos limites que surgem quando os atores envolvidos na gestão pública não estão comprometidos com estes conceitos, resultando em impactos negativos na vida de todos os cidadãos. Daí a demanda por uma avaliação sistemática, contínua e eficaz que esbarra na falta de clareza quanto a indicadores de desempenho no setor público. [...] (SANO e MONTENEGRO, 2010, p.1)

Um dos limites à execução dos objetivos da pesquisa, além do prazo curto, foi a indisponibilidade de documentos relativos às respostas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pois pendiam de análise de mérito pelo Plenário do TCDF, para então ficarem disponíveis para consulta e citação na referida pesquisa, o que impactou a mudança de objetivos da pesquisa, que eram, inicialmente, aferir o grau de eficiência, eficácia e efetividade das respostas da Secretaria de Saúde às determinações e recomendações das decisões do TCDF.

Entretanto, considera-se que os objetivos propostos foram alcançados, visto que o que se buscou foi encontrar aspectos dos construtos e evidenciar a importância dos tribunais de contas para a persecução dos três “Es”, indicadores essenciais para a boa gestão dos recursos públicos, gerando a cultura de melhoria contínua, atingimento de metas e impactando positivamente os cidadãos-alvos das políticas públicas.

Os resultados alcançados demonstram a competência e importância dos tribunais de contas para a melhoria dos serviços públicos, no sentido não só de orientar mas, também de cobrar resultados dos gestores públicos nos aspectos pesquisados, incentivando-os à capacitação e consequentemente à boa gestão da coisa pública. Com isso, os tribunais de contas vêm conquistando o respeito, o reconhecimento e a confiança da população especialmente no campo da saúde pública no Brasil que carece de mais eficiência, eficácia e efetividade e melhor aplicação do recurso público que proporcione serviços de qualidade para os contribuintes, motivo pelo qual reforça-se a importância da pesquisa realizada.

O estudo realizado contribui positivamente para enfatizar a importância da eficiência, eficácia e efetividade, conceitos insertos nos manuais de auditoria operacional, que necessitam sempre estar presentes na prática dessas auditorias a fim de criar uma cultura de serviço público prestado com qualidade.

Embora possam ocorrer limitações no cumprimento das determinações e recomendações por deficiências orçamentárias, de pessoal, de capacitação dos órgãos auditados mesmo assim a auditoria operacional pode também auxiliar no sentido de direcioná-los para que busquem novos caminhos e que atinjam metas mínimas compatíveis com a situação patrimonial, orçamentária e administrativa do auditado.

Sugere-se agenda de pesquisa futura no sentido avaliar a eficiência, eficácia e efetividade do grau de melhoria alcançado após a auditoria, com o monitoramento do cumprimento das determinações e recomendações do TCDF à Secretaria de Estado de Saúde e de aferir a opinião dos funcionários e pacientes das políticas públicas auditadas em relação às melhorias alcançadas, após a realização das auditorias.

Concluindo, os “E’s são essenciais na geração de um processo eficiente que gere resultados eficazes e impactos efetivos e devem ser indicadores perseguidos

pelos gestores públicos e objeto de avaliação da auditoria operacional ou de desempenho dos tribunais de contas, contribuindo para o desenvolvimento social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Cecília. Guerra à pobreza: EUA, 1964 . Revista de História, Brasil, n. 153, p. 305-323, dec. 2005. ISSN 2316-9141. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/19014/21077>>. Acesso em: 12 dec. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9141.v0i153p305-323>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_4.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389/2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html> Acesso em: 2017.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2016-2019. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/planejamento/planos-de-saude/plano-de-saude-2016-2019.html>>. Acesso em: 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas do Distrito Federal. Planejamento Estratégico – PLANEST 2016-2019. Brasília/DF. 2016 Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=d7718d5c-d795-4fb8-8451-e69d8e95103c&groupId=429614. Acesso em: 2016.

BRASIL. Tribunal de Contas do Distrito Federal. Decisão nº 4783/2014. Brasília: TCDF, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/14120916609606%20(1).pdf> Acesso em: dezembro/2016.

BRASIL. Tribunal de Contas do Distrito Federal. Decisão nº 3839/2016. Brasília: TCDF, 2016. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/app/mesaVirtual/implementacao/?a=consultaETCDF&f=formPrincipal> Acesso em: dezembro/2016.

BRASIL. Tribunal de Contas do Distrito Federal. Decisão Extraordinária nº 6394/2016. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/14828529573787%20(5).pdf> Acesso em: janeiro 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas do Distrito Federal. Manual de Auditoria: parte geral 2ª v. Brasília: TCDF, 2011. 146 p. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=aa3794d7-04ed-4978-a8ef-56a2cd6d217c&groupId=20402>. Acesso em: 2017.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Manual de auditoria operacional / Tribunal de Contas da União. -- 3.ed. -- Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog), 2010. 71 p. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/Manual_ANOP_internet_portugu%C3%AAs%20(2).pdf>

CASTRO, Rodrigo Batista de. Eficácia, eficiência e efetividade na administração pública. 2006. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-1840.pdf>. Acesso em: 2017

COELHO, Anabela et al. Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 32, n. 1, p. 69-79, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000108>>. Acesso em: 2016.

BRASIL. Distrito Federal. Decreto nº 36.918/2015. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: < <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/105185489/dodf-secao-01-27-11-2015-pg-3>.> Acesso em 2017.

DE SOUZA LEÃO, André L. M.; DE MELLO, S. C. B.; VIEIRA, R. S. G. O papel da Teoria no método de pesquisa em Administração. **Revista Organizações em Contexto-online**, v. 5, n. 10, p. 1-16, 2010. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/OC/article/view/2648>>. Acesso em: 2017.

FERNANDES, L. L.; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Management of health services: developed competencies and difficulties found in basic attention. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1541-1552, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=525014&indexSearch=ID>>. Acesso em: 2017.

FERRAZ, Agenor Spallini et al. Integrative review: indicators of result process of organ donation and transplants. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002013000300009>. Acesso em: 2016.

JÚNIOR, Silva; LEITE, Roberson. Avaliação do Programa de Educação de Jovens e Adultos em Alagoas no período de 2001 a 2011. 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17101>

GARCIA, R. L. M.. Eficiência em órgãos públicos: uma proposta de indicadores. 2008. Tese de Doutorado. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3298/ACFE9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

GONTIJO, M. de F. et al. Use of anti-hypertensive and anti-diabetic drugs by the elderly: a survey in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cadernos de saude publica*, v. 28, n. 7, p. 1337-1346, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2012000700012&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 2016.

LYRA JÚNIOR DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006;14(3):435-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19>>. Acesso em: 2017.

LAGES, J. S.. Controle e avaliação da doença renal crônica no sistema único de saúde. 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3236>>. Acesso em: 2016.

LÉXICO: dicionário de português on line. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/lexico/>>

MASCARENHAS, N. B. et al. Systematization of Nursing Assistance to patients with Diabetes Mellitus and Chronic Renal. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 64, n. 1, p. 203-208, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100031&script=sci_arttext>. Acesso em 2017.

MEDINA-PESTANA, J. O., Galante, N. Z., Harada, K. M., Garcia, V. D., Abbud-Filho, M., Campos, H. D. H., & Sabbaga, E. (2011). Kidney transplantation in Brazil and its geographic disparity. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33(4), 472-484. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002011000400014&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 2016.

MENDES, EV. Os grandes dilemas do SUS, tomo I, Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144p. Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI).

Declaração de Lima sobre Diretrizes para Preceitos de Auditoria. 1977. Tradução: Tribunal de Contas da União. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/declaracao-de-lima.htm>>. Ano: 2016.

OLIVEIRA, M. L. de; SANTOS, PACHECO L. M.; SILVA E. N. da. Methodological foundations for cost-of-illness studies in Brazil. Revista de Nutrição, v. 27, n. 5, p. 585-595, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732014000500585&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Escola Anna Nery, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100122&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 2016.

OLIVEIRA, R. V. de. **Auditoria operacional: uma nova ótica dos tribunais de contas auditarem a gestão pública, sob o prisma da eficiência, economicidade, eficácia e efetividade, e o desafio de sua consolidação no TCE/RJ.** 2007. Tese de Doutorado. Disponível: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/3361>>. Acesso em: 2017.

PIERIN, A. M. G. et al. Hypertension control and related factors at primary care located in the west side of the city of São Paulo, Brazil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 1389-1400, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700074&script=sci_arttext>. Acesso em: 2016.

PIOLA, S. F.. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). 2009. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/1349>>. Acesso em: 2017.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde – Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/planejamento/planos-de-saude/plano-de-saude-2016-2019.html>>. Acesso em: 2017.

Sancho, L. G., & Dain, S. (2008). Cost-effectiveness analysis of renal replacement therapies: how should we design research on these interventions in Brazil?. Cadernos de

Saúde Pública, 24(6), 1279-1290. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000600009&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 2016

SANO, H. MONTENEGRO FILHO, M. J. F. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. **Desenvolvimento em Questão**, v. 11, n. 22, p. 35-61, 2013. Disponível em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/186>>. Acesso em: 2017.

SANTOS, A., SERRANO, M. M., & NETO, P. (2015). Análise da Eficácia, Eficiência e Valor Acrescentado de Políticas Públicas Place-based-uma aplicação a territórios rurais. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 53, 33-48. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20032015000600033&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 2017.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. *Rev Saude Publica*, v. 46, n. 3, p. 446-55, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/3478.pdf>>. Acesso em: 2016.

TAMAKI, Edson Mamoru et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS Methodology for construction of a panel of indicators for monitoring and evaluation of unified health system (SUS) management. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a07>>. Acesso em: 2016.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. Estado, democracia e administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 224 p. Disponível em:
<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=jvDrA9D6vSAC&oi=fnd&pg=PA15&dq=TORRES,+Marcelo+Douglas+de+Figu>

[eiredo.+Estado,+democracia+e+administra%C3%A7%C3%A3o+p%C3%ABlica+no+Brasil.+Rio+de+Janeiro:+Editora+FGV,+2004.+224+p&ots=bhq_BBngp5&sig=YjsfpC33jk6anps60WP_ro5ho8E&redir_esc=y#v=onepage&q=TORRES%2C%20Marcelo%20Douglas%20de%20Figueiredo.%20Estado%2C%20democracia%20e%20administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%ABlica%20no%20Brasil.%20Rio%20de%20Janeiro%3A%20Editora%20FGV%2C%202004.%20224%20p&f=false](https://www.google.com.br/search?q=torres+marcelo+douglas+figueiredo.+Estado,+democracia+e+administra%C3%A7%C3%A3o+p%C3%ABlica+no+Brasil.+Rio+de+Janeiro:+Editora+FGV,+2004.+224+p&ots=bhq_BBngp5&sig=YjsfpC33jk6anps60WP_ro5ho8E&redir_esc=y#v=onepage&q=TORRES%2C%20Marcelo%20Douglas%20de%20Figueiredo.%20Estado%2C%20democracia%20e%20administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%ABlica%20no%20Brasil.%20Rio%20de%20Janeiro%3A%20Editora%20FGV%2C%202004.%20224%20p&f=false)>. Acesso em: 2017.